Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 6.

MÜNCHENER
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Rothmund, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 22. 29. Mai. 1888. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. 35. Jahrgang.

Originalien.

Aus der medicinischen Klinik in Zürich.

Ueber den Hämoglobingehalt des Blutes bei Magenkrebs.

Von Med. prakt. *Hermann Haeberlin*, II. Assistensarzt der medicinischen Klinik.

Mit der ausführlichen Bearbeitung der klinischen Beobachtungen bei Magenkrebs auf der Züricher medicinischen Klinik des Hrn. Prof. Eichhorst beschäftigt, ist die Untersuchung des Hämoglobingehaltes bei einer Anzahl Fälle längere Zeit ausgeführt worden. Da sich aber die Redaction durch unvermeidliche Umstände in die Länge zieht und die Gelegenheit weiterer Beobachtungen in dieser Beziehung mir nicht geboten ist, so halte ich die erzielten Resultate einer kleinen Mittheilung werth. Wenn sich noch keine absolut sicheren Schlüsse aus den relativ wenig zahlreichen Untersuchungen ziehen lassen, so veranlasst die Veröffentlichung vielleicht anderen Ortes umfangreichere Beobachtungen, die den Werth der Hämoglobinbestimmung bei Carcinoma ventriculi in diagnostischer Beziehung näher präcisiren.

Literatur. Seitdem die Bestimmung des Hämoglobingehaltes im Blute vermittelst des v. Fleischl'schen Hämometers ziemlich rasch und mit genügender Sicherheit ausgeführt werden kann, mehren sich die Angaben in der Literatur über diesen Gegenstand. Besonders sind die chronischen Krankheiten, welche früher oder später zur Cachexie führen, Object dieser Untersuchungen geworden.

S. Rutherford Macphail giebt an, dass der Hämoglobingehalt des Blutes bei Geisteskranken beträchtlich unter dem Normalen zurückbleibt. Guezda[1]) findet die Abnahme bei chronischen Leiden, welche zu Cachexie führen, bedeutender als bei acuten Infectionskrankheiten. Laker[2]) kommt nach Untersuchung von 36 malignen Tumoren (Carcinome und Sarcome) zum Schluss: »Maligne Tumoren gehen in den weitaus meisten Fällen, auch wenn von einem Marasmus noch nichts zu entdecken ist, mit einer beträchtlichen Erniedrigung des Hämoglobingehaltes einher. In den meisten Fällen liegt derselbe zwischen 65 und 68 Proc. Noch niedrigere Werthe (meist weniger als 60 Proc.) hat Laker bei cariösen Knochenprocessen gefunden. Noch mehr sanken die Procente bei Uterus- und Rectumcarcinomen. Leichtenstern[3]) hat bei zwei Patienten mit Magenkrebs eine Abnahme um 38 und 22 Proc., bei einem Carcinoma peritonei eine solche um 70 Proc. gefunden. Eichhorst[4]) hat sogar einen Fall beobachtet, wo der Hb-Gehalt bei Carcinoma ventriculi auf 10 Proc. reducirt war.

Es bleibt nur noch übrig, eine Arbeit von Groll[5]) zu erwähnen. Verfasser hat bei seinen Versuchsthieren gesehen, dass der Hb-Gehalt während des Hungers (bei vollständigem Wasserentzug) stark zunimmt und in der Restitutionszeit anfangs abnimmt. Das Erstere erklärt er aus der Eindickung, das zweite aus der Verdünnung des Blutes. Indem er den Hb-Gehalt mit den festen Bestandtheilen des Blutes überhaupt verglich, fand er noch, dass das Hämoglobin sich im Hungerzustand stabiler verhält, als die übrigen festen Bestandtheile. Wie wir weiter unten sehen werden, sind diese Thatsachen für das Verständniss des Verhaltens des Hämoglobins in unsern Fällen von grosser Wichtigkeit.

Eigene Beobachtungen: Meine Untersuchungen wurden mit dem v. Fleischl'schen Hämometer ausgeführt. Als Beleuchtung diente stets eine Petroleumlampe.

Das Blut wurde mittelst Nadelstich aus einer Fingerkuppe entnommen, nachdem der betreffende Finger vorher eine Zeit lang central comprimirt worden war. Meist floss das Blut spontan heraus oder es genügte ein leichter Druck, um die geringe Quantität zu erhalten. Da die Untersuchungen stets Abends um die gleiche Zeit stattfanden, so sind dadurch die complicirenden Einflüsse der physiologischen Schwankungen vermieden worden. Bei den Ablesungen, welche mit der nöthigen Sorgfalt gemacht wurden, fiel uns ebenfalls auf, dass die niederen Werthe, welche meist in Betracht kommen, leichter zu bestimmen sind. Wenn auch kleinere Fehler, die nur sehr schwer zu vermeiden sind, wohl vorkommen mochten, so sind sie nicht gross genug, um die Resultate wirklich zu beeinflussen.

Ich theile nun die Beobachtungen von 17 Patienten mit.

	Carcinoma ventriculi													Gastritis chronica		Ulcus ventriculi	Carcinom. pankreat.
	Diagnose durch Autopsie bestätigt										Keine Autopsie						
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
5./XI. 87	17	38	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	35	—	—	—	—
7./XI.	—	—	35	—	—	—	—	40	—	—	—	—	—	80	60	—	—
10./XI.	15	45	—	48	—	—	—	—	—	—	—	—	38	—	—	—	—
15./XI.	—	†	34	45	—	—	—	—	—	—	—	—	0	—	—	75	—
17./XI.	—	—	—	—	—	78	—	35	—	—	—	—	—	76	—	—	—
22./XI.	—	—	—	50	—	72	—	—	—	—	—	—	—	72	—	68	—
24./XI.	13	—	21	—	—	—	35	30	—	—	—	—	—	—	75	—	—
30./XI.	12	—	29	35	—	64	37	25	—	—	—	—	—	78	75	65	—
7./XII.	9	—	17	†	—	58	51	23	—	—	—	—	—	75	0	—	—
13./XII.	†	—	18	—	—	68	43	0	—	—	—	—	—	84	—	65	—
20./XII.	—	—	11	—	—	105	47	—	—	—	—	—	—	72	—	—	—
21./XII.	—	—	—	—	—	†	†	—	—	—	—	—	—	—	—	75	—
28./XII.	—	—	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	80	—	70	95
3./I. 88	—	—	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	70	—	—	87
11./I.	—	—	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	69	—	71	†
17./I.	—	—	†	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	68	—
24./I.	—	—	—	—	68	—	—	—	24	—	—	—	—	69	—	65	—
4./II.	—	—	—	—	77	—	—	—	24	—	—	—	—	0	—	65	—
20./IV.	—	—	—	—	†	—	—	—	†	35	34	58	—	—	—	—	—
26./IV.	—	—	—	—	-	—	—	—	—	28	27	53	—	—	—	64	—
1.V.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	27	—	—	—	—	—	—

† = gestorben. 0 = entlassen.

[1]) Ueber Hämoglobinometrie. Berlin 1886.

[2]) Wiener med. Wochenschrift. Nr. 28. 1886.

[3]) Untersuchungen über den Hb-Gehalt des Blutes im gesunden und kranken Zustande. 1878.

[4]) Handbuch für spec. Pathologie und Therapie. Bd. II. p. 133.

[5]) Untersuchungen über den Hb-Gehalt des Blutes bei vollständiger Inanition. Königsberg 1887. Inauguraldiss.

Wenn wir unsere Beobachtungsreihe etwas näher betrachten, so haben wir in der Hauptsache 3 Gruppen.

Zu der ersten Gruppe gehören 8 Patienten, bei denen die klinische Autopsie gemacht wurde. Nr. 8 verliess ungeheilt das Spital; es wurde nachträglich mitgetheilt, dass bei der Autopsie ein grosses Magencarcinom gefunden wurde. Bei Nr. 10 wurde am 30./IV. der Bauchschnitt zur Resectio pylori gemacht und dabei das Carcinoma pylori constatirt. Die Operation konnte wegen Infiltration der anliegenden Theile nicht mehr ausgeführt werden.

Im Ganzen zeigen die einzelnen Fälle sehr verschiedenen Hb-Gehalt. In erster Linie kommen 4 Fälle (1, 3, 9, 10), bei denen die Abnahme ganz colossal gross ist. Bei keinem überschritt der Hb-Gehalt 35 Proc. Dann wiederum 4 Fälle (2, 4, 7, 8), wo die Werthe sich zwischen 35 und 50 Proc. bewegen. In letzter Linie finden wir noch 2 Beobachtungen, welche 50 Proc. übersteigen. Doch halten sich alle Werthe mit Ausnahme einer einzigen Untersuchung unter 80 Proc.

Es liess sich a priori annehmen, dass das Hämoglobin abnehmen muss, handelt es sich doch um eine chronische Krankheit, welche einerseits viel Material dem Körper zur Bildung der Geschwulstmassen entzieht, andererseits die Verdauung in höchstem Grade beeinträchtigt.

Doch wie lassen sich diese grossen Differenzen erklären?

Zuerst wollen wir in der pathologischen Anatomie wo möglich eine Antwort auf diese Frage suchen. Der Pylorus ist fünfmal (1, 3, 6, 7, 10), die Cardia einmal (4) Sitz der Erkrankung; in 1 Fall (2) nur die kleine, in Nr. 9 die grosse Curvatur hauptsächlich ergriffen. Bei 5 war die Erkrankung diffus und bei 8 sind die Details nicht bekannt. Daraus lässt sich nicht viel schliessen. Wichtig ist beizufügen, dass nur bei Nr. 6 Stenosis pylori cum magna dilatatione ventriculi bestand. Auch wollen wir festhalten, dass bei Nr. 5 die Schleimhaut diffus carcinomatös entartet war. Bei allen anderen Patienten war die Grösse der Geschwulst eine sehr beträchtliche. Bei Nr. 2 blieb nur der Fundus, bei 8 nur ein Streifen der vorderen Wand frei.

Ulceration der Neubildung wurde in 6 Fällen (1, 2, 3, 4, 7, 9) constatirt. Ueber Nr. 8 sind keine Angaben gemacht. Der Zustand des Carcinoms bei Nr. 10 (Operation) mit Durchwachsung der Serosa lässt eine Ulceration zum mindesten vermuthen. Die 2 Fälle 6 und 7 machen auch hier eine Ausnahme. Ob stärkere Blutungen aufgetreten sind, ist nicht positiv zu entscheiden, da nirgends kaffeesatzartiges Erbrechen erwähnt wird. Nur bei Nr. 7 fand man bei der Section viele Blutcoagula und ist Patient an acuter Magenblutung zu Grunde gegangen.

Was die Metastasen und Complicationen anbetrifft, so darf man von vornherein annehmen, dass sie den Hb-Gehalt beeinflussen, doch lässt sich aus unseren wenigen Fällen, welche mit Ausnahme von Nr. 7 die verschiedensten Metastasen zeigten, nichts Sicheres schliessen. Vielleicht ist für Nr. 1 die metastatische Erkrankung des Pankreas zur Erklärung des minimalen Hb-Gehaltes heranzuziehen, indem hier zwei wichtige Verdauungsorgane in Mitleidenschaft gezogen waren.

Bevor ich an die heikle Arbeit gehe, aus den vorhergegangenen Betrachtungen mit etwelcher Wahrscheinlichkeit Schlüsse zu ziehen, will ich noch versuchen, in der Dauer, dem Verlauf, den Symptomen etc. einige Anhaltspunkte zu gewinnen.

Die Dauer der Krankheit war im Ganzen wenig verschieden. Mit Ausnahme von 1, bei welchem die Magenbeschwerden 3 Jahre, und von 5, bei welchen die Schluckbeschwerden $3^1/_4$ Jahre dauerten, sehen wir bei den Anderen viel rapideren Verlauf, 2 = 4 Monate; 6 = 5 Monate; 3, 8 und 9 = 6 Monate; 5 = 7 Monate; 7 und 10 = 9 Monate. Davon sind nur 2 Patienten an Complicationen gestorben (3 an Perforation, 7 an tödtlicher Magenblutung), während die Anderen dem allgemeinen Marasmus erlagen. Bei Nr. 1 lässt sich gut denken, dass eine dreijährige mangelhafte Ernährung und Blutbildung das Hämoglobin bis zu jenem Minimum reduciren half. Jedenfalls heisst es aber nicht einfach, der Hb-Gehalt hängt von der Länge der Krankheit ab. Dass er stetig mit der Zunahme der Cachexie abnimmt, ist wahrscheinlich, doch müsste man, um dies zu beweisen, den Hb-Gehalt des ganzen Körpers bestimmen. Mit unserer Methode wird aber nur das Verhältniss des Hämoglobins zum Wasser im Blute bestimmt. Zwei Beobachtungen (1 und 8) sprechen für constante Abnahme. Bei diesen blieb der Allgemeinzustand so ziemlich gleich. Das Körpergewicht war stationär, Erbrechen trat selten auf, Oedeme und Durchfall wurden nicht beobachtet. Daran schliesst sich auch Nr. 3 an, welcher während ca 6 Wochen eine successive Verminderung zeigte. Von da an trat an Stelle der Obstipation Diarrhoe (3 dünne Stühle täglich), während die Diurese ziemlich constant blieb. Man geht wohl nicht zu weit, den Durchfall für die Zunahme von 11 auf 18 Proc. verantwortlich zu machen. Auch bei Nr. 7 ist der Zusammenhang mit dem Wasserverlust deutlich zu erkennen. Anfangs obstipirt, stellte sich plötzlich starke Diarrhoe ein. Vom 1.—7.XII. sind 48 dünne Stühle = 6 pro die notirt. Dem entspricht eine Zunahme des Hb-Gehaltes von 37 auf 51 Proc.

Es bleibt noch übrig, den Einfluss der etwa auftretenden Hydrämie zu untersuchen. Man wäre leicht versucht anzunehmen, dass bei hydropischen Zuständen der Hb-Gehalt ungewöhnlich niedrig ist. Dagegen spricht, dass bei 1, 7, 8, welche zu keiner Zeit hydropische Ansammlungen zeigten, die gefundenen Werthe sehr klein sind. Umgekehrt bei Nr. 2 und 4.

Nachdem wir nun die pathologische Anatomie, den Verlauf, die einzelnen Symptome näher studirt und daraus einzelne Schwankungen des Hb-Gehaltes zu erklären gesucht, steht uns noch die Aufgabe bevor, die beiden Ausnahmefälle 5 und 6 näher zu betrachten.

Was den Fall 6 anbetrifft, so glaube ich nicht stark irre zu gehen, die bedeutende Dilatatio ventriculi mit der anerkannt mangelhaften Resorption, welche auch durch den Jodkaliversuch constatirt wurde (nach 40 Minuten noch keine Reaction im Speichel) für den relativ hohen Hb-Gehalt wenigstens zum Theil verantwortlich zu machen.

Nachdem Patient darauf durch methodische Ausspülungen in günstigster Weise beeinflusst, nahm sein Körpergewicht um 1 k zu, sein Hb-Gehalt in gleicher Zeit um 20 Proc. ab. Sollte hier nicht vermehrte Wasseraufnahme, nach Verbesserung der Resorption im Spiele sein? Von Anfang December äusserst rapider Gewichtsverlust von 41 k am 1./XII. auf 35,4 am 15./XII., was ungefähr dem 7. Theil des Gesammtkörpergewichtes entspricht. Dabei blieb die Urinmenge gleich gross, so dass also nicht etwa vorhandene ödematöse Flüssigkeiten entfernt worden sind. Am Abend vor dem Exitus lethalis war dann die Fingerkuppe vollständig cyanotisch und ergab die Untersuchung 105 Proc. Es fiel auf, dass zur Gewinnung des Blutes gar kein Druck nöthig war, so dass einige Procente der Differenz wohl darin ihre Erklärung finden. Anfänglich zweifelte ich an der Richtigkeit der Ablesung, doch erwähnt Leichtenstern[6]) einen ganz ähnlichen Fall von einem Carcinoma ventriculi, bei welchem der Hb-Gehalt am Tage vor dem Tode um 41 Proc. zunahm (von Proc. 80 auf 120). Wichtig ist auch die von verschiedenen Autoren, aber nicht ohne Ausnahme constatirte Thatsache, dass der Hb-Gehalt bei Cyanose zunimmt. Diese verschiedenen Umstände im Verein mit dem Mangel an Ulceration der Neubildung erklären wohl die aus-

[6]) L. c.

nahmsweise hohen Werthe mit der auffälligen praemortalen Steigerung.

Noch grössere Schwierigkeit macht die Erklärung des Falles 5. Von einer Eindickung des Blutes kann keine Rede sein, da die Diurese sehr spärlich war und Obstipation bestand. Zwar könnte man annehmen, dass die diffus verdickte, carcinomatös infiltrirte Schleimhaut für die Resorption gänzlich ungeeignet ist. Doch wird dies durch den Jodkali-Versuch nicht bestätigt. Die Reaction trat zwar erst nach 33 Minuten ein, doch wurden bei anderen Patienten viel grössere Zeiträume beobachtet. Auch spricht die Resorptionszeit (18 und 25 Minuten) in Fall 2 und 8, wo nur ein geringer Theil des Magens verschont geblieben, nicht dafür. In wie weit die Abwesenheit einer grösseren Geschwulstbildung, das Fehlen der Ulceration einen Einfluss ausübte, lässt sich nicht sicher stellen.

Als zweite Gruppe möchte ich die Beobachtungen 11, 12 und 13 erwähnen. Es sind dies Patienten, welche noch auf der Abtheilung liegen oder ungeheilt entlassen wurden, bei denen aber an der Diagnose Carcinoma ventriculi nicht zu zweifeln ist. Auch sie zeigen alle sehr niedere Hb-Werthe. Nur bei Fall 12 liegen sie innerhalb 50—60. In Anbetracht der wenigen Blutuntersuchungen, welche gemacht wurden, unterlasse ich es, näher auf die Fälle einzugehen. Wichtig ist beizufügen, dass bei 12 bei der Aufblähung eine bedeutende Gastrectasie constatirt wurde.

Am Ende unserer Untersuchung kommen wir also zu dem Schlusse: In der weitaus grössten Mehrzahl der Magenkrebse erleidet das Blut einen Verlust von mehr als 50 Proc. Hämoglobin. Eine Ausnahme von der Regel machten ein Pyloruscarcinom mit secundärer starker Magenerweiterung und ein diffuser Magenkrebs. Einen grossen und aus unseren Beobachtungen genau constatirten Einfluss übt die Wasserausscheidung aus. Höchst wahrscheinlich sind von Wichtigkeit die Metastasen, die Grösse und der Zustand (Ulceration) der Neubildung, doch liess sich dieser Punkt aus den spärlichen Beobachtungen nicht näher präcisiren.

Soviel über die Untersuchungen bei Magenkrebs.

In die dritte Gruppe reihe ich 4 Fälle (14, 15, 16, 17) ein, bei denen der Verdacht auf Magenkrebs sehr begründet war. Neben dem physikalischen Befund bestand bei den beiden ersten verlängerte Resorptionszeit (50 resp. 22 Minuten). Beide wurden in solch gebessertem Zustande entlassen, dass man die Diagnose auf chronische Gastritis abändern musste.

Beim dritten hat der Verlauf gezeigt, dass es sich um ein Ulcus ventriculi handelt.

Nr. 17 bot grosse diagnostische Schwierigkeiten. Es handelte sich um einen 56jährigen stark abgemagerten, kachectisch-icterisch aussehenden Mann, der seit 5 Wochen über Appetitlosigkeit, Aufstossen, epigastrische Schmerzen nach dem Essen klagte. Zunge belegt. Man fühlte in der Narkose einen Tumor 2 cm über dem Nabel, der sich nach links bis in die Mamillarlinie erstreckte, rechts vom Nabel einen scharfen Rand mit mehreren Prominenzen zeigte. Der Tumor war nicht verschieblich, gab gedämpften Schall. Links eine geschwellte Cervicaldrüse, kleine Inguinaldrüsen. Der bestehende Hauticterus nahm zu. Die Schmerzen localisirten sich mehr in der Lebergegend. Kein Ascites. Nie Erbrechen. Kein Durchfall. Exurese normal. Hämoglobingehalt 95—87 Proc. Man musste an ein Leber- und Magen-Carcinom denken. Die Section ergab: Carcinoma medullare capitis pankreatis. Metastasen in Leber, Lungen, Pleuren, Oesophagus. Cholelithiasis. Occlusion des Ductus hepaticus durch Gallensteine. Icterus. Der Magen weit, enthält graue Flüssigkeit. Die Schleimhaut blass, glatt. Nirgends eine Verdickung. Keine Stenose. Duodenum frei.

Da es sich hier nicht um Pylorusstenose handeln konnte (die entsprechenden Symptome fehlten), also dieser Fall nicht unter die Ausnahmen zu rechnen war, so musste der hohe Hb-Gehalt zum mindesten zur Vorsicht in der Diagnose mahnen. Auch die anderen Umstände, welche als stark beeinflussend anerkannt wurden, fehlten hier sämmtliche. Ein Resorptionsversuch mit Jodkali wurde leider nicht gemacht. Dabei war es schon zur ausgedehnten Metastasenbildung gekommen, ein Factor, welcher auf die Blutbildung nur in ungünstiger Weise wirken kann.

Schlussfolgerungen. Wenn wir uns zum Schlusse fragen, ob die mitgetheilten Beobachtungen und Betrachtungen auch einen praktischen Nutzen haben, so glauben wir Folgendes antworten zu können:

Bei Ausschluss von Pylorusstenose und einem Hb-Gehalt von mehr als 60 Proc. ist nur höchst ausnahmsweise an Magenkrebs zu denken.

Die anderen beobachteten Magenleiden sind zu spärlich, um einen sicheren differentiell diagnostischen Anhaltspunkt daraus zu entnehmen.

Vielleicht dürfte die Bestimmung des Hb-Gehaltes zur Entscheidung der Operabilität beitragen. Laker[7]) glaubt, dass ein mit bedeutender Blutung einhergehender operativer Eingriff bei einem Hb-Gehalt unter 30 Proc. contraindicirt ist. Wenn die Resectio pyllori auch nicht zu den blutigsten Operationen gehört, so muss man doch bedenken, dass hernach eine ziemlich lange fast complete Fastenzeit folgt.

Auch wird diese Untersuchung stets ihre Wichtigkeit als Controle über den Ernährungszustand, über den Erfolg der therapeutischen Maassnahmen behalten.

Ein Wort für das salicylsaure Natrium.

Von Dr. *Leopold Glaser* in Roth.

Es werden jetzt etwas über 10 Jahre her sein, dass gegen den acuten Gelenkrheumatismus das Acid. salicyl. von Stricker empfohlen wurde. Wenn Sommerbrodt in Breslau von einem »niederdrückenden Gefühl absoluter Ohnmacht« spricht, das er in den ersten Jahren seiner ärztlichen Thätigkeit — nämlich vor dem Gebrauch des Kreosot — bei der Behandlung von Tuberculösen empfand, so gilt dasselbe auch von der Behandlung des Gelenkrheumatismus vor der Kenntniss der Salicylsäure. Es ist desshalb kein Wunder, wenn in der ärztlichen Welt das Mittel, nachdem man es kennen gelernt hatte, als eine Panacee gepriesen wurde. Allein so entzückt der Arzt anfangs über das Mittel sein konnte, so konnte es doch nicht ausbleiben, dass er im Laufe der Zeit recht unangenehme Begleiterscheinungen an dem neuen Medicamente wahrnahm, die theilweise so schwerwiegend waren, dass er dasselbe dem Patienten entweder nicht zu reichen wagte, oder aber von der begonnenen Cur abstehen musste.

In erster Linie ist hieher zu rechnen der brennende und überaus widerliche Geschmack, den das Mittel im ganzen Mund und Pharynx hinunter zurücklässt, der ein viel dauernderer ist als bei anderen Arzneien, da der Salicylsäure die Eigenschaft abgeht, sich im Wasser zu lösen und jene in Folge dessen viel länger auf der Schleimhaut des Mundes und Rachens haften bleibt. Gibt man das Pulver in Oblaten, so fällt dieser Missstand ja weg, allein die Anzahl der Patienten, die sich weigern, Pulver in genannter Form zu nehmen oder ungeschickt beim Einnehmen sind, ist immerhin gross genug, dass die besprochene Eigenschaft der Salicylsäure als eine lästige und störende bezeichnet werden muss. Hat endlich der Patient seine bestimmte Portion Salicylsäure im Magen aufgenommen, dann beginnt nicht selten daselbst das gleiche brennende Gefühl, wie im Mund und Rachen, begleitet von theilweise mit Blut gemengtem Erbrechen. Bekannt ist, dass bei Manchen

[7]) L. c.

dyspnoische Erscheinungen beobachtet werden. Verfasser hat es desshalb freudigst begrüsst, als seiner Zeit die Salicylsäure mit dem Natrium in Verbindung gebracht, als salicylsaures Natrium gegeben werden konnte. Wenn ich erwähne, dass der Geschmack des salicylsauren Natriums nicht unangenehm ist und selbst von einem widerwilligen Patienten kaum je perhorrescirt wird, wenn ich ferner von der nicht zu unterschätzenden Eigenschaft spreche, dass sich das Mittel vollständig und schnell in Wasser löst, dem man als angenehmes Geschmackscorrigens ein Paar Tropfen Ol. Menth. pip. hinzusetzen kann, so muss ich andererseits an die bekannte Thatsache erinnern, dass die Wirkung des salicylsauren Natriums eine schwächere ist, als diejenige der reinen Salicylsäure. Allein diesem Umstand kann leicht Rechnung getragen werden durch Verstärkung des Mittels in der Weise, dass eine Tagesportion auf einmal gegeben wird.

Es stimmt desshalb nicht mit den Erfahrungen überein, die ich über das besprochene Mittel zu machen Gelegenheit hatte, wenn in Nummer 2, 1888 der »Deutschen medicinischen Wochenschrift« in einem Aufsatze »über die Anwendung von Salicylsäure und Salol beim acuten Gelenkrheumatismus« Herr Dr. Aufrecht in Magdeburg schreibt: »Durch die Anwendung von salicylsaurem Natron in entsprechend grosser Dosis ist hierin nichts gebessert. Ich habe um so mehr von diesem Mittel beim acuten fieberhaften Gelenkrheumatismus abgesehen, weil ich mich überzeugt zu haben meine, dass seine Wirkung keine so prompte und sichere ist, wie die der reinen Salicylsäure.«

In hiesiger Stadt ist der acute Gelenkrheumatismus eine so häufig zur Behandlung kommende Erkrankung, dass man das ganze Jahr über Gelegenheit hat, Erfahrungen über denselben zu sammeln. In einem Hause ist derselbe endemisch.

Es ist schon lange her, dass ich aus den oben angeführten Gründen von der Salicylsäure Umgang genommen und — seitdem ich mich zu überzeugen Gelegenheit hatte, dass das salicylsaure Natrium in Dosen von mindestens 6 g alle Eigenschaften der Salicylsäure hat, abzüglich seiner unangenehmen, die Weiterbehandlung verbietenden, — dass ich davon abgekommen bin, das salicylsaure Natrium in einzelnen Grammdosen zu geben.

Wenn man dem Patienten — Kindern unter 12 Jahren entsinne ich mich nicht, die grosse Dosis gegeben zu haben — 6 g pro dosi reicht, unter reichlichem Genusse von Wasser oder Limonade, so pflegt häufig schon nach 2 Stunden ein ergiebiger Schweiss einzutreten, der mehrere Stunden anhält. Kein übler Geschmack, kein Erbrechen quält die Patienten, dagegen erzählen sie alle mit verschwindend wenigen Ausnahmen von Ohrensausen und Schwerhörigkeit. Diese beiden letzten Erscheinungen pflegen jedoch meist schon nach 24 Stunden wieder verschwunden zu sein. Richtig ist, dass Manche nach dem Genusse des Mittels über Appetitlosigkeit klagen, die jedoch mehr auf Rechnung des reichlichen Trinkens von Wasser gesetzt werden muss und der mit Limonade oder Cognac im Wasser entgegen gearbeitet werden kann. Dieser Appetitmangel hält jedoch nicht lange an.

Nach 12 Stunden berichtet der Patient über eine augenfällige Besserung, manchmal schmerzlosen Zustand, der ihm gestattet, seine Glieder wieder in gewohnter Weise zu gebrauchen und der ihm auch den in Folge der Schmerzen unmöglich gemachten Schlaf wieder verschafft. Es giebt Patienten, die desshalb glauben, dem Mittel sei ein Schlafpulver beigemengt worden. Nach 48stündiger Pause wird eine gleich grosse Dosis Natr. salic. gegeben, die aber gewöhnlich von weniger Schweiss und Ohrensausen begleitet ist, als die erste Gabe. Nach der 2. Pause wird, wo nicht Fieber und Schmerzen wieder zunehmen, auf 4 g pro dosi zurückgegangen und damit in immer grösseren Zwischenräumen bis zur Heilung fortgefahren. Letztere pflegt oft schon nach wenigen Tagen einzutreten. Dass in manchen, glücklicherweise recht selten vorkommenden, verzweifelten Fällen das Natrium keinen vollständigen Erfolg hatte, will ich nicht leugnen. Allein ich muss hinzusetzen, dass in diesen Fällen auch die reine Salicylsäure keine bessere Wirkung hatte.

Unverkennbar ist der Einfluss des Mittels auf die Mikroorganismen hinsichtlich des Herzens. Wenigstens kommen Herzaffectionen nur ausnahmsweise zur Behandlung.

Es wurden auch Versuche gemacht mit grösseren Dosen, mit solchen von 8 und 10 gr. Einmal nahm ein Patient eigenwillig auf einmal 12 g, der andere, dem der Eintritt des Schweisses nicht rasch genug kam, nach Verlauf von 2 Stunden die zweite Portion von 6 g (also gleichfalls im Ganzen 12 g, ohne dass nachtheilige Folgen eingetreten wären. Ich glaube aber nicht, dass man im Stande ist, eine bessere Wirkung zu erzielen, als wenn man nur 6 g pro dosi giebt. Nur in einem Fall bei 8 g trat ein sehr lästiges Jucken ohne Quaddelnbildung auf, das lebhaft an das icterische Hautjucken erinnerte, jedoch nach nicht ganz 2 Stunden mit dem Eintritt des Schlafes wieder verschwand.

Dies hinsichtlich des acuten Gelenkrheumatismus.

Prompt und sicher ist auch die Wirkung des salicylsauren Natriums in angegebener Dosis in leichten Fällen, in welchen nur ein oder das andere Gelenk befallen ist. Ebenso bei Muskelrheumatismus, in beiden Gebieten vom Hexenschuss abwärts bis zu einzelnen ziehenden Schmerzen. Hiebei genügt meist eine einmalige Gabe. Die Leute hier sind schon so an das Mittel gewöhnt, dass sie es als »Schwitzpulver« bezeichnen, das sie Abends nach der Arbeit nehmen, um am andern Morgen oder Mittag, wenn der Schweiss etwas später eingetreten oder nachhaltiger gewesen, das Bett genesen zu verlassen.

Auch bei frischer Angina tonsillaris ist die Wirkung eine rasche und sichere.

Nicht unerwähnt möchte ich lassen, dass das salicylsaure Natrium in der angegebenen Dosis eine sehr erfreuliche und rasche Wirkung beim Podagra hat. Es ist mir besonders ein Fall im Gedächtniss bei einem Amtsrichter, dem das Leiden, von dem er seit 8 Tagen befallen war, nicht gestattete, sich des kranken Fusses auch nur leisest zu bedienen, geschweige denselben in enge Fussbekleidung zu bringen. Nach einer einmaligen Abends genommenen Dosis von 6 g konnte derselbe am darauffolgenden Morgen schon wieder in Lederstiefeln zum Büreau gehen.

Schliesslich möchte ich noch berichten, dass mir das salicylsaure Natrium in mehreren Fällen von frischer Laryngitis eine unverkennbar gute und rasche Wirkung gebracht hat.

Wenn ich es nun unternommen habe, im Vorstehenden dem in grossen Dosen gereichten salicylsauren Natrium das Wort zu reden, so veranlasste mich hiezu der Dank, den ich einem so vielseitig, rasch und sicher wirkenden Mittel nach vieljährigem Gebrauche schuldig zu sein glaubte, und von dessen trefflichen Eigenschaften sich in der langen Zeit, seit welcher es bekannt ist, sicherlich recht viele Collegen zu überzeugen Gelegenheit genommen haben.

Zur Diagnose und Prognose der Axillarislähmung nach Schulterluxation.

Von Dr. med. *F. Paradeis.*

(Schluss.)

Es folgen nun die einschlägigen Krankengeschichten:

I. Solf, Andreas, Taglöhner von Würzburg, 48 Jahre alt. Am 31. October 1885 erlitt Patient eine Luxatio humeri sin.

und zwar im betrunkenen Zustande, so dass er über nähere Umstände des Falles nichts deutliches angeben kann. Die Luxatio wurde am folgenden Morgen von Prof. Maas vollständig eingerichtet; nach 3 Wochen, am 20. November, kommt er in das elektro-therap. Ambulatorium von Dr. Rieger, er kann den Arm noch gar nicht von der Seite heben; auch die passive Bewegung ist sehr erschwert. Der Musculus deltoides ist atrophisch. Die elektrische Reaction ergiebt: Vom Nervus axillaris aus kann der M. deltoides sowohl faradisch als galvanisch erregt werden; der M. deltoides direct gereizt zeigt völliges Erloschensein der faradischen Reaction. Auf galvanische Reize schwache, sehr träge Zuckung; keine Oeffnungszuckungen; KSZ immer stärker als ASZ; es liegt also sogenannte partielle Entartungsreaction vor; partiell insofern als die Reizung vom Nerven aus normale Reaction ergiebt. Beim Muskel ist auch die Reizung mit den stärksten einmaligen Oeffnungsinductionsschlägen unwirksam; beim Nerven besteht für jede Art der Reizung völlig normale Reaction und ist kein Unterschied zwischen rechts und links.

Der linke Cucullaris ist in seiner oberen Nackenparthie im Zustande übermässiger Contractur, springt als starker Wulst hervor, am stärksten bei jedem Versuch den Arm zu heben. Die linke Schulter steht in Folge dessen permanent höher als die rechte.

Die Sensibilität im Hautgebiet des N. axillaris zeigt folgende Abweichungen: über dem unteren Ende des Deltoides befindet sich eine 5 cm lange, 3 cm breite Stelle mit abgestumpfter Empfindlichkeit für sehr leichte Berührungen (Haarpinsel). Bei häufig wiederholten Untersuchungen zeigt sich, dass hier circa die Hälfte solcher leichter Berührungen nicht empfunden wird, während genau die gleichen Reize in der ganzen Umgebung ausnahmslos richtig beantwortet werden. Am 27. December konnte diese abgestumpfte Empfindlichkeit, deren Umfang genau notirt war, noch in gleichem Maasse constatirt werden; am 16. Januar bei einer wiederholten Untersuchung nicht mehr.

Die Function des Deltoides ergab folgendes: bis Januar war Patient unter fortgesetzter elektrischer Behandlung so weit gekommen, dass er den Arm vom Rumpfe einigermaassen entfernen konnte; doch überwog bei allen Bewegungen noch bedeutend die Hebung der Schulter, in Folge deren sich die schiefe Haltung immer mehr steigerte; von Neujahr an wurden wieder methodische Winkelmessungen vorgenommen. Ueber einen etwaigen Ausfall des gleichfalls vom Nervus axillaris innervirten Musculus teres minor war nichts zu diagnosticiren; die Rotation nach aussen ging auf der kranken Seite in derselben Weise von Statten, wie auf der gesunden; jedenfalls in Folge der intacten Synergisten.

Die Abductionswinkel betrugen am 6. Januar bei freier activer Erhebung bereits 60°; am 12. Januar 65°; am 16. Januar wird zuerst die Untersuchung mit gleichzeitiger Fixation des Schulterblattes vorgenommen. Dabei kann der Arm auch passiv nur zu 45° erhoben werden; bei freiem Schulterblatt beträgt die active Erhebung 60°, bei fixirtem Schulterblatt nur 35°. Da sich die passive Erhebung in Folge von deutlich auftretenden und fühlbaren Contracturen der Antagonisten (am auffallensten des Pect. maj. und Latissim. dorsi) auch so beträchtlich beschränkt zeigt, so wird nun auch mit Dehnungsversuchen begonnen (Reck, Schraubstock). Dieselben haben den Erfolg, dass nach zwei Tagen unter den gleichen Bedingungen wie vorhin die passive Bewegung statt 45° nun 60° hat; dementsprechend hat die active statt 35° jetzt 42°. Am 5. März beträgt die freie Erhebung des Armes 80°; bei fixirtem Schulterblatt 57°. Am 30. April kamen folgende Resultate heraus: Arm passiv erhoben 114°; bei fixirter Scapula activ erhoben 45°; bei nicht fixirter Scapula activ erhoben 90°. Es geht daraus hervor, dass die willkürliche Innervation des Deltoides sich jetzt entschieden bedeutend der Norm genähert hat; denn Beweis davon ist, dass der Arm bei fixirter Scapula bis zu 45° gehoben wird. Dass der Arm trotzdem auch passiv statt bis zu 180° nur bis zu 114° geht und dass die active Bewegung auch mit zu Hilfenahme des Serratus und der durch ihn bewirkten Drehung der Scapula nicht weiter als 90° geht, daran ist wesentlich Schuld die Contractur der Antagonisten. Wird der Arm passiv bis zu 114° gehoben, so bedarf es einer sehr grossen Kraftanstrengung seitens des Untersuchenden, und der Patient schreit laut auf vor Schmerz; bei der activen Erhebung schont er sich natürlich mehr und kommt desshalb nie so hoch. Sehr bemerkenswerth ist, dass trotz des bedeutenden Fortschrittes in functioneller Beziehung, die dem Patienten auch wieder verschiedene Arbeiten gestattet, die elektrische Reaction noch genau auf dem alten Zustande ist.

Patient war schon von Anfang März an aus der Behandlung ausgetreten und wird nur noch von Zeit zu Zeit zur Controle citirt. So wieder am 17. Juli, wo folgendes constatirt wird: Der linke Cucullaris springt immer noch als starker Wulst hervor; die schiefe Haltung ist noch deutlich.

In der elektrischen Reaction wird folgende bemerkenswerthe Veränderung festgestellt: die directe faradische Reaction ist im Deltoides wieder vorhanden und zwar in allen drei Portionen des Deltoides; doch im Verhältniss zur gesunden Seite noch sehr schwach.

Die galvanische Reaction ist jetzt entschieden lebhafter, zeigt nicht mehr den trägen Charakter von früher; bei starken Strömen lassen sich auch Anodenöffnungszuckungen constatiren.

Die Functionsprüfung ergiebt: passive Erhebung beträgt 112, activ fixirt 83, frei 92.

Die Contracturen in den oben erwähnten Muskeln sind immer noch auf das Deutlichste zu fühlen. Der M. deltoides ist aber entschieden voller geworden, von Atrophie wenig mehr festzustellen. Die Contracturen sind offenbar daran Schuld, dass trotz der bedeutenden Besserung im elektrischen Verhalten und der Fähigkeit mittelst des Deltoides allein auch bei fixirter Scapula den Arm bis zu 83° zu erheben, das functionelle Resultat doch noch verhältnissmässig ein recht schlechtes ist. Patient wird desswegen aufgefordert die oben beschriebenen gymnastischen Uebungen fortzusetzen.

II. Hamburger, Bart., von Zell a./M., 56 Jahre alt, Fabrikarbeiter, am 26. Januar auf Glatteis gestürzt, Luxat. hum. sin. Sofort wieder eingerichtet, kommt am 4. Februar wegen Lähmung des Deltoides in Behandlung. Bei der ersten Untersuchung ist die passive Hebung des Armes bei freier Scapula möglich höchstens bis zu 105°, bei fixirter Scapula bis zu 45°; dagegen ist die active Hebung des Armes gleich Null.

Elektrische Untersuchung: Die directe faradische Erregbarkeit vollständig erloschen. Die directe galvanische stark herabgesetzt; nur Schliessungszuckungen (für Anode und Kathode gleich); Form der Reaction träge und langsam; auch die Reizung des Muskels mit den stärksten Oeffnungsinductionsschlägen ist ganz unwirksam. Die indirecte Erregbarkeit ist wegen grosser Schmerzhaftigkeit vorderhand noch nicht völlig klar zu stellen. Sicher ist aber der M. deltoides vom N. axillaris aus sowohl faradisch als galvanisch in Contraction zu setzen. Sobald aber eine solche Contraction eintritt, stösst der Patient entsetzliche Schmerzensschreie aus.

Sensibilität ist im ganzen Axillarisgebiet normal bis auf einen kleinen halbhandgrossen Bezirk unmittelbar an der Schulter, wo sehr feine Pinselberührungen nicht wahrgenommen werden. Patient wird nun täglich in Behandlung genommen. Am 17. März ist die active Hebung des Armes bei fixirtem Schulterblatt schon bis zu 30° möglich; am 30. März beträgt die passive Hebung bei freier Scapula 90° (NB. Gegensatz zu der ersten Untersuchung, wo trotz der völlig aufgehobenen activen Bewegung die passive ausgiebiger war), bei fixirter Scapula nur 65; activ bei freier Scapula 65°. Am 15. April hatte man folgende Resultate: passiv 100°, activ frei 65—70°, fixirt 48°. Am 23. April: passiv 100°, activ frei 75°, activ fixirt 55°. Um diese Zeit kommt Patient nur noch selten in Behandlung. Am 18. Juni: passiv 125°, activ frei 105°, activ fixirt 70°. Am 5. Juli: passiv 100°, activ frei 100°, activ fixirt 70°. Am 14. Juli: Heute wird zum ersten Male in der vorderen Deltoidesportion directe, aber noch sehr schwache farad. Contraction beobachtet; auch die galvanische Reaction ist zwar noch schwächer als auf der gesunden Seite, aber in ihrer Form weniger

träge. Sensibilität: Die Stelle, wo früher abgestumpfte Sensibilität nachzuweisen war, ist jetzt völlig normal. Die passive Hebung heute 107°, activ frei 103°, activ fixirt 90° (NB. Der Deltoides leistet, was er sollte; aber die Contracturen, die sich sehr deutlich fühlen lassen, hindern die Heilung bedeutend. Desswegen jetzt Uebungen am Reck.) Am 17. Juli ist die passive Hebung möglich bis zu 112°, die active bis zu 105°; erstere sehr schmerzhaft. Differenz zwischen ersterer und letzterer beruht darauf, dass der Kranke selbst sich bei der activen Bewegung schont.

III. Kraft, Georg, 40 Jahre alt, Schmied; Mitte Februar auf das Pflaster gefallen, Luxatio hum. sin., von seinem Arzt einige Stunden darauf ganz correct eingerichtet, darauf sich wohl befindend, schmerzfrei; aber wenige Tage darauf wieder Schmerzen und zur Verwunderung des Arztes fast völlige Unfähigkeit, den Arm zu erheben. In Folge dessen nach Würzburg verwiesen, und hier tritt er am 10. März 1886 in Behandlung.

Am 1. Tag passive Hebung des Armes nur bis zu 90° möglich; activ frei nur 25°, fixirt kaum 15°. Die elektrische Reaction ist jedoch im wesentlichen ganz normal sowohl direct als indirect, nur die faradische etwas schwächer. Auf Grund dieser elektrischen Untersuchung wird trotz der bedeutenden Functionsbeschränkung eine günstige Prognose (Heilung innerhalb einiger Wochen) gestellt und die Behandlung mit energischer Faradisation des Nerven und Muskels begonnen. Daraufhin ergab sich folgendes Resultat: activ freie Hebung 45—50°, activ fixirt 30—35°. Am 23.: activ frei 65°, fixirt 50°. Am 26.: frei activ 65—70°, activ fixirt 50—55°. Jedoch zeigen sich noch bedeutende Spannungen in den Herabziehern, die die passive Hebung auch bei freiem Schulterblatt immer nur bis zur Horizontalen gestatten. Patient wird desshalb tief chloroformirt, bis aller Muskeltonus vollständig verschwunden war, was auch durch das vollständige Verschwundensein des Patellarsehnenreflexes sich erweist. In diesem Zustande ist nun die vollständige Hebung des Armes bis zu 180° ohne die geringste Anstrengung möglich. Patient empfindet aber nach dem Erwachen sehr heftige Schmerzen in der Schulter und am anderen Tage ist der alte Zustand wieder völlig vorhanden; ja sogar die passive Hebung nicht einmal bis zu 90° möglich. In der nächsten Zeit fortschreitende Besserung, so dass am 8. April die passive Hebung wieder bis 100° möglich ist, activ frei 80°, fixirt 65° beträgt.

Patient geht in seine Heimath mit der Weisung, wenn die Besserung nicht genüge, wieder zu kommen.

IV. Reus, Michael, 28 Jahre, Friseur. Am 19. Mai Luxatio hum. erecta des Oberarmes durch Fall Abends; am folgenden Morgen Repositio und scheinbar vollständige Wiederherstellung. Nach einigen Tagen jedoch zeigt sich die Erhebung des Armes beschränkt und kraftlos; er kommt deshalb am 5. Juni in Behandlung. Bei der Aufnahme zeigt sich, dass die passive Hebung zwar ohne grosse Schwierigkeit bis zu 180° möglich, aber sehr schmerzhaft ist; auch erweisen sich die Herabzieher in mässiger, jedoch deutlicher Contractur. Es ist zu bemerken, dass Patient, dank seiner Stellung als Massage-ausübender Bader, vom ersten Tage an eifrig bestrebt war passive Bewegungen zu machen und die ganze Zeit her Turnübungen. Auch die active Hebung ist nur mässig beschränkt, sie geht frei bis zu 80° und auch bei fixirter Scapula annähernd so weit. Die Untersuchung ergiebt immer schwankende Resultate, je nachdem der Kranke den Schmerz mehr oder weniger überwindet. Sensible Störungen fehlen hier vollständig. Rotation des Arms nicht beschränkt; also nach der Functionsbehinderung kann es demnach zweifelhaft erscheinen, ob eine wirkliche Nervenläsion vorliegt. Die elektrische Untersuchung ergiebt jedoch das Resultat, dass zwar linkerseits auf directen und indirecten faradischen und galvanischen Reiz Zuckungen auftreten, die in ihrer Form normal sind, aber bei directer Reizung deutlich schwächer als auf der gesunden Seite. Es wird desshalb die Diagnose auf eine leichte Quetschung des Nervus axillaris gestellt, die Prognose: Heilung in einigen Wochen. Die Diagnose wird durch den ferneren Verlauf insofern gestützt, als noch bis Mitte Juni die freie Hebung nur bis zu 90—100° möglich ist, obgleich die passive dank der beständigen Gymnastik bis zu 180° geht. Erst in der 4. Woche kann Patient den Arm frei vollständig bis zur verticalen erheben. Dabei empfindet er aber immer noch eine bedeutende Abschwächung der Kraft im Vergleich zu früher. Und dieser Zustand lässt sich auch objectiv demonstriren dadurch, dass der Arm frei ausgestreckt bedeutendes Zittern zeigt. Der Unterschied der elektrischen Reaction zwischen links und rechts schwindet allmählich. Auffallende Contracturen haben sich hier nie ausgebildet, was den gymnastischen Uebungen zu verdanken ist.

V. Friedrich Oetzel aus Stadtprozelten, Schiffer. Bei diesem Patienten handelt es sich um eine Quetschung beinahe des ganzen Plexus. Auch der Nervus axillaris ist lädirt und reihe ich den Fall desswegen den vorigen noch an. Der den 26. Juli aufgenommene Status praesens in Bezug auf das Verhalten des Nervus axillaris ergiebt:

Die Auswärtsrollung sehr wenig beschränkt. Passive Erhebung bei freier Scapula 105—110°. Passive Erhebung bei fixirter Scapula 85—90°. Activ freie Erhebung 95°, activ fixirte Erhebung 65—70°. Contracturen deutlich sichtbar am Pectoralis major und Latiss. dorsi. Bei Hebungsversuchen des Armes wird die Schulter etwas mehr als auf der gesunden Seite gehoben; jedoch lange nicht so stark wie dies bei den anderen Fällen mit Axillarislähmung der Fall war; dementsprechend ist auch von dem Wulste eines contracturirten Cucullaris nichts zu sehen. Der ausgestreckte kranke Arm zittert noch stark. Der M. deltoides ist atrophisch anzufühlen. Die elektrische Reaction ergiebt: die indirecte faradische Erregbarkeit im Deltoides vielleicht etwas schwächer als auf der gesunden Seite; die indirecte galvanische Zuckung ist normal, aber abgeschwächt; die directe faradische Erregbarkeit erhalten, aber abgeschwächt. Die directe galvanische Erregbarkeit ist im vorderen Bündel des M. deltoides fast nicht vorhanden, im mittleren Bündel schwächer als auf der gesunden Seite, im hinteren Bündel ebenfalls fast nicht vorhanden.

Die Sensibilität ist normal.

Die Prognose für den Musculus deltoides desswegen sehr günstig.

Es geht aus diesen Fällen hervor:

1) Dass für die Prognose der Lähmung des Musculus deltoides durch Quetschung des Nervus axillaris bei Schulterluxation die elektrische Reaction und die Sensibilitätsstörung stets mit zu berücksichtigen sind.

2) Dass auch ein normales elektrisches Verhalten eine leichte Läsion des Nervus axillaris durchaus nicht ausschliesst.

Casuistische Mittheilungen aus Hospitälern und aus der Praxis.

Aus der Frauenheilanstalt von Dr. C. Sandner und Dr. R. Neuner.[1])

II. Fall: Multiloculaeres Kystadenom, Stieldrehung mit eben abgelaufener Peritonitis. (Neuner.)

Fräulein C. K., 25 Jahre, aus N., war stets gesund, mit 14 Jahren menstruirt, regelmässig, alle 4 Wochen, 5 Tage lang, ohne Schmerzen, letzte Regel vor 18 Tagen. Seit einem halben Jahre bemerkt Patientin eine Zunahme des Leibes. Vor 14 Tagen bekam sie nach der Regel plötzlich Abends sehr heftige Schmerzen im Leibe ohne äussere Veranlassung, es gesellte sich heftiges Erbrechen und Fieber hinzu. Der Zustand besserte sich allmählich, so dass Patientin zur Zeit schmerzfrei ist.

7. Mai. Untersuchung in Narcose. Der Leib beträchtlich ausgedehnt durch einen rundlichen, bis in's kleine Becken herabreichenden fluctuirenden Tumor. Leibesumfang 87 cm. Zu beiden Seiten und zwischen Geschwulst und Brustbein ist der Percussionsschall tympanitisch, über dem Tumor absolut leer. Bei der combinirten Untersuchung, die durch starke Spannung

[1]) Nach einem Vortrag in der gynäkolog. Gesellschaft zu München am 4. V. 88 von Dr. C. Sandner

des Abdomen und durch intactes Hymen erschwert ist, erscheint der nach vorn und oben gezerrte Uterus in der linken Beckenhälfte liegend. Der zum Tumor führende Strang kann nur schwer gefühlt werden.

Diagnose: Rechtsseitiger cystischer Ovarialtumor mit Stieldrehung.

Operation: 8. Mai. Nach Eröffnung der Bauchhöhle liegt der Tumor vor, der eine allseitige frische Verklebung mit dem parietalen Peritoneum hat. Diese Verklebungen sind mit der flach eingeführten Hand leicht zu lösen, worauf sich trübe, hämorrhagisch gefärbte Flüssigkeit in geringer Menge entleert; fester waren die Verwachsungen mit dem Netze, wesshalb dieses etwas resecirt werden musste. Der Tumor wurde nun punctirt, worauf sich bräunliche, schmierige Flüssigkeit entleerte. Der Stiel der dem linken Ovarium entsprechenden Geschwulst ist zweimal um seine Achse gedreht. Nach Aufdrehung wurde der mässig lange, aber sehr breite Stiel mit einer Doppelligatur unterbunden und der Cystensack abgeschnitten. Das andere Ovarium zeigte leichten Hydrops einiger Follikel. Die Bauchhöhle wurde gereinigt, das Netz über die Därme gelegt, die Luft ausgepresst und die Bauchhöhle geschlossen.

Der Tumor ist ein multiloculäres Kystadenom. In den Stiel und den angrenzenden unteren Theil der Cystenwandung hatte eine starke Blutung stattgefunden, so dass die Wandung in Handgrösse auf 2 cm verdickt ist.

Zwei Tage nach der Operation traten die Menses ein; der Verlauf, der die ersten sieben Tage ganz fieberfrei war, wurde durch ein leichtes gastrisches Fieber mit Auftreten einer Urticaria, das mit dem Erbrechen eines grossen Spulwurmes seine Erklärung und Abschluss fand, drei Tage lang etwas gestört. Die Wunde war per primam geheilt und wurde Patientin am 31. Mai entlassen.

Bei ihrer Wiedervorstellung am 15. December klagte sie über zeitweises Auftreten von Schmerzen in der unteren Partie der Narbe. Es scheint hier eine Verklebung des Netzes mit der Bauchwunde stattgefunden zu haben. Die vordem stark abgemagerte Patientin hat sich sehr gut erholt.

Zwei seltene geburtshilfliche Fälle aus der Landpraxis.
Von Dr. med. Kompe in Grossalmerode (Prov. Hessen).

II. Placenta praevia centralis bei einer 18jährigen Ipara mit normalen Beckenverhältnissen.

Plötzlicher Tod der Mutter — 5 Minuten nach Extraction des abgestorbenen Kindes.

Am 25. Februar 1888 wurde ich zu der Frau des Oeconomen L. in N. gerufen mit der Nachricht der Hebamme, die Frau hätte keine Wehen, und das Kind sei angewachsen (!). Ich fand eine kräftig gebaute, junge Frau von 18 Jahren vor, welche äusserst blass aussah, kaum mehr sprechen konnte und den einzigen Wunsch hatte, möglichst bald entbunden zu werden. Ich eruirte, dass die Frau seit dem 19. Februar starke Blutverluste gehabt hatte, es soll eimerweise das Blut herausgetragen sein, doch habe die Hebamme auf die Frage des Mannes geantwortet, der Arzt könne jetzt noch gar nichts machen. Seit 2 Tagen liegt die Frau zu Bett, hatte aber seitdem auch keine Blutung mehr. — Ich constatirte eine Placenta praevia centralis, Muttermund Fünfmarkstück gross, die Placenta vorgewölbt im offenen Muttermund, keine Blutung, keine Spur von Wehenthätigkeit. — Kind ausgetragen, aber todt. — Angesichts der grossen Schwäche der Frau und dem Drängen der Angehörigen, liess ich mich leider verleiten, die Wendung zu vollziehen, indem ich die Placenta auf leichte Weise durchbohrte und rasch einen Fuss herunter holte. Die Entwickelung des übrigen Körpers ging auffallender Weise fast spontan vor sich, indem bei dem Sprengen der Blase der schlaffe Uterus sich gegen Erwarten stark contrahirte und sich des Kindes entledigte. Das Kind entsprach einem Absterben vor etwa 8 Tagen, war klein, aber normal entwickelt. — Die Blutung war fast null, weshalb ich im Interesse der Frau nicht zögerte, die Placenta manuell zu entfernen. Die ganze Procedur mag eine halbe Stunde gedauert haben. — Die Frau war glücklich, dass die Entbindung, welche im Querbett vorgenommen wurde, vorüber war und äusserte: »Gottlob, dass es nun zu Ende ist.« Ich reinigte noch die äusseren Schamtheile und die Schenkel mit Carbolwasser und liess die Wöchnerin wieder in das Bett gerade hinlegen. Der Uterus war sehr gut contrahirt.

Kaum, dass der Mann die Frau gebettet hatte, rief er mir zu: Meine Frau stirbt! Und wirklich, die Frau war todt, kein Puls, kein Herzschlag, keine Respiration, keine Pupillenreaction, dagegen Todtenblässe, Facies hippocratica und kalter Schweiss. Ich mühte mich mit dem Manne eine Stunde lang ab durch künstliche Athmung, Einwickelung und steile Lage der Beine, Riechmittel, Bürsten der Körperoberfläche, alles vergeblich, die Frau blieb todt. Blutung aus den Geschlechtstheilen war nicht erfolgt, der Uterus auch im Tode noch gut contrahirt, der Leib weich und leer. — Traurig entfernte ich mich aus dem Hause und umsomehr erschüttert, als mir ein so plötzlicher Todesfall unter etwa 120 künstlichen Entbindungen noch nicht begegnet war.

Was war nun der Grund des Todes? Die Frau war durch vorangegangene copiöse Blutung höchst anämisch geworden, war fast pulslos; hätte in diesem Falle die Entbindung lieber noch aufgehalten werden sollen? Ich glaube, nein. Denn die Frau hätte das wenige noch vorhandene Blut bei Eintritt von Wehen ganz sicher durch die Ablösung der Placenta vergossen und wäre dadurch auch höchst gefährdet worden. Die Chancen waren bei einer Operation günstiger, was ja wohl Niemand bestreiten wird. Freilich wäre es besser gewesen, wenn nach Entwickelung des Fusses der Körper noch im Uterus geblieben, d. h. die spontane Expression des Kindes nicht erfolgt wäre. — Denn es ist klar, dass durch die plötzliche Zusammenziehung des Uterus mit nachfolgender Geburt des Kindes der intraabdominelle Druck erheblich sank, und das wenige Blut der Frau aus dem Gehirn in die Bauchorgane getrieben wurde, sodass der Tod als Folge acutester Hirnanämie zu erklären ist. Wenn Jemanden ein Vorwurf trifft, so ist es die Hebamme, welche gleich bei Beginn der Blutung ärztliche Hilfe hätte suchen müssen; dann wären beide Leben mit Wahrscheinlichkeit erhalten geblieben.

Warum ich diese Fälle veröffentlicht habe? Aus folgenden Gründen:

Einmal möchte ich die Collegen damit ersuchen, doch öfters Fälle mit übelem Ausgang zu beschreiben, statt sie nur im Journal zu begraben. Denn gerade die unglücklich verlaufenden Fälle sind es, aus denen wir am meisten lernen. Zweitens, weil gottlob Fälle, wie meine beiden, besonders der zweite[1]) recht selten sind, also schon darum allgemeineres Interesse beanspruchen können. Drittens aber, weil die Lehre aus meinen Fällen folgende ist:

Ohne Consultation eines Collegen lege man in derartigem Casus piger niemals Hand an, wenn nicht z. B. gefahrdrohende Blutung oder dergl. besteht, denn wer kennt nicht das Odium des Publikums und die eigenthümliche Palpitatio cordis, wenn ihm ein solcher Exitus vorkommt, ohne dass man sich selbst Schuld beimessen kann. Vier Schultern tragen leichter als zwei.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

Senator: Ueber periodische Oculomotoriuslähmung. Zeitschrift für klinische Medicin. XIII. S. 252.

Unter periodischer oder recidivirender Oculomotoriuslähmung versteht man eine in neuerer Zeit besonders von Möbius und Mauthner beschriebene Erkrankung, bei der es sich um eine in grösseren und kleineren Zwischenräumen wiederkehrende, mit Kopfschmerzen und Erbrechen einsetzende Lähmung ein und desselben Oculomotorius in allen seinen Zweigen, namentlich auch in denen für den Sphincter Iridis und den Accomodationsmuskel handelt. Verfasser theilt in vorliegender Arbeit zunächst die Krankengeschichte einer Frau mit, die seit ihrem

[1]) Schwarz (Magazin für Geburtskunde, Bd. 8 pag. 108) berechnet das Vorkommen der Placenta praevia in meinem Heimathsland Kurhessen auf 1 : 1564 Geburten. Bei 18jährigen Erstgebärenden wird sich der Procentsatz noch ganz anders stellen.

8. Lebensjahre an ungefähr alle 4 Wochen wiederkehrenden und gewöhnlich 3 Tage dauernden rechtsseitigen Kopfschmerzen mit Frost, Müdigkeit und Erbrechen leidet. Je einmal im 12. und 16. Lebensjahre bemerkte Patientin, dass bei einem solchen Anfalle das rechte Augenlid herunterfiel, und sie es willkürlich nicht heben konnte, auch hatte sie beim Erheben des Lides Doppelsehen. Dieselben Erscheinungen hat sie zum 3. Male bei dem letzten Anfall bemerkt, der 3 oder 4 Tage bevor sie sich dem Verfasser vorstellte, eingetreten war. Die sofort angestellte genaue Untersuchung ergab eine Lähmung sämmtlicher Zweige des rechten Oculomotorius, einschliesslich der Ciliar- und Iriszweige, beim Fehlen jeder andern Störung. Schon am 2. Tage der Beobachtung war die Lähmung im Zurückgehen begriffen und am 3. Tage war nichts Abnormes mehr nachzuweisen bis auf eine Ungleichheit der Pupillen, die aber in den nächsten Tagen vollständig zurückging. Während der folgenden 8 Monate hat Patientin noch öfter Migräneanfälle gehabt, Lähmungen der Augenmuskeln sind jedoch nicht wieder aufgetreten.

Dieser Fall gehört also zu denjenigen, bei welchen nach dem Anfall die Lähmung vollständig zurückgeht, und die vom Verfasser als rein periodische Lähmungen bezeichnet werden, im Gegensatze zu den periodisch acerbirenden Lähmungen, in denen auch in der anfallsfreien Zeit Reste derselben fortbestehen. Verfasser befindet sich hier im Gegensatz zu Möbius, der nicht an das Bestehen der rein periodischen Lähmungen glaubt und sogar annimmt, dass der der Lähmung zu Grunde liegende Process langsam progressiv sei. Dass die rein periodischen Lähmungen die Minderzahl bilden, giebt auch Senator zu.

Dieser Unterschied der rein periodischen und der exacerbirenden Form ist wichtig für die Beurtheilung der Natur und des Wesens der Erkrankung. Für die letztere Form ist von vornherein eine functionirende oder schnell vorübergehende anatomische Veränderung sehr unwahrscheinlich, auch fand sich in den drei zur Section gekommenen Fällen immer eine Erkrankung des intracraniellen Theils des N. oculomotorius.

Der Sitz der Erkrankung an der Basis scheint dem Verfasser auch für alle anderen derartigen Fälle höchst wahrscheinlich, während er einen intracerebralen Herd als Ursache der Lähmung für jeden Fall mit zum Theil vollständiger, zum Theil annähernder Sicherheit ausschliessen zu können glaubt. Die zeitweise auftretenden Exacerbationen erklären sich aus vorübergehenden Hyperämien.

In Betreff der rein periodischen Lähmung scheint ihm die Wahrscheinlichkeit für eine functionelle Störung zu sprechen, deren Möglichkeit auf Grund analoger Fälle jedenfalls zuzugeben ist. Nach Ausschluss aller Anderen könnte es sich nur um hysterische oder Reflexlähmungen handeln. Zu Gunsten der hysterischen Natur sprechen verschiedene Momente, auch alle Forderungen, die man zur Annahme einer Reflexlähmung stellen muss, werden erfüllt. Eine sichere Entscheidung wagt Verfasser nicht zu geben. Zum Schluss macht er noch auf den Zusammenhang der Migräne mit Motilitätsstörungen aufmerksam und weist nach, dass von der periodischen Migräne ohne jede Lähmungserscheinung bis zu der Migräne mit der reinen periodischen Oculomotoriuslähmung alle Uebergänge bestehen. Krecke.

Hughes Bennett: On Locomotor Ataxia, without Disease of the Posterior Columns of the Spinal Cord. (Clinical Soc.'s Transactions 1885. Nach einem Referat in Brain. Vol. IX pag. 573).

Ein 48jähriger gesunder Wildhüter bekam langsam zunehmende lancinirende Schmerzen in den Beinen und unbeholfenen Gang. Nach 9 Monaten bot er folgenden Status: Leichte Anfälle von Schwindel und Nystagmus. Die oberen Extremitäten etwas kraftlos und deutlich atactisch. Die Beine stark atactisch nach dem gewöhnlichen Typus, mit Zunahme der Incoordination im Dunkeln oder bei geschlossenen Augen. Plantarreflex vermindert; Kniephänomen fehlend. Hautsensibilität leicht herabgesetzt und retardirt. Electrische Reaction und Ernährungszustand der Muskeln normal. Ueberhaupt sind alle nicht erwähnten Functionen normal. — Alle Symptome nahmen rasch zu, und ein Jahr nach Beginn der Erkrankung trat Exitus lethalis ein.

Bei der Section fanden sich eine Menge isolirter Sarkome in der Pia spinalis, hauptsächlich an deren Hinterseite. Dieselben schliessen die hinteren Wurzeln ein, aber ohne stärkere Degeneration derselben zu veranlassen. Die Hinterstränge sind durchaus normal. Ein nur mikroskopisch sichtbarer Tumor im Boden des vierten Ventrikels ist für die Hauptsymptome gewiss bedeutungslos.

Der Fall beweist auf's Neue, dass der ganze für Tabes dorsalis typische Symptomencomplex nicht an Läsion des Rückenmarkes gebunden ist, sondern auch durch blosse Affection der sensibeln Wurzeln resp. peripherer Nerven bedingt sein kann. Schon 1883 hatte Déjérine die schon früher bekannten peripheren Nervenveränderungen bei Tabes als wesentlich erklärt und einen Fall (unter dem Namen Neuro-tabes périphérique) beschrieben, wo sich klinische Tabes bedingt fand durch periphere Neuritis bei vollkommener Intactheit des Rückenmarkes, der hintern Wurzeln und der Spinalganglien. — Auch bei gewöhnlicher Tabes lassen sich eine Anzahl Initialsymptome kaum anders als durch eine frühzeitige Neuritis erklären (z. B. die umschriebenen anästhetischen Stellen der Haut an den Füssen, verschiedene Augensymptome); und allgemein bekannt ist die »Pseudo-tabes« nach Vergiftung durch Arsen und Alkohol, die wie eine grössere Anzahl nicht den Alcaloiden angehörigen Gifte die peripheren Nerven in erster Linie beeinflussen; ferner ist daran zu erinnern, dass die postdiphtheritischen Neuritiden den tabischen Symptomencomplex hervorrufen können. Diesen Thatsachen mag beigefügt werden, dass Referent manchmal unter unbekannten Bedingungen bei Druck auf den Nervus ischiadicus (beim Sitzen) an sich selbst vollkommene Ataxie und Verlust des Stellungsgefühls im Fusse bei erhaltener Beweglichkeit und motorischer Kraft beobachtet hat.

Berücksichtigt man zu dem oben Angeführten, dass die hinteren Wurzelfasern bei Tabes mit grosser Regelmässigkeit erkrankt gefunden werden, so wird man zu der Annahme gedrängt, dass die Hauptsymptome der Tabes nicht nur durch periphere Affectionen bedingt werden können, sondern gewöhnlich auch peripher wirklich bedingt sind, wenn man peripher im physiologischen Sinne auffasst, so dass die Wurzelfasern der Nerven vom Eintritt in's Rückenmark bis zu ihrer Endigung im grauen Kerne ebenfalls als peripher bezeichnet werden. Ob rein centrale Affectionen, welche die Wurzelfasern intact lassen, Tabes bedingen können, ist noch nicht ganz sicher bewiesen, obgleich ein Fall von Vierordt (blosse Erkrankung der Goll'schen Stränge bei klinischer Tabes) dafür spricht. Auch über die Häufigkeit der peripheren Affectionen, über ihre zeitlichen und quantitativen Verhältnisse zu den centralen Erkrankungen ist noch nichts Sicheres ermittelt worden. Das jedoch haben neueste Arbeiten (Oppenheim und Siemerling; Rütimeyer) dargethan, dass weder die Neuritis noch die Rückenmarkskrankheit allein die einzelnen Fälle von Tabes genügend erklären kann, und es ist nun die Aufgabe der Kliniker, die peripheren von den centralen Symptomen zu scheiden und so eine genauere anatomische Diagnose, sowie ein besseres physiologisches Verständniss der Tabes anzubahnen. Bleuler.

M. Joseph: Zur Aetiologie und Symptomatik der Alopecia areata. Berl. klin. Woch. 1888. 5.

Die vielbesprochene Frage der Aetiologie der Area Celsi ist heute zwar noch keineswegs endgiltig gelöst, doch lässt sich sowohl auf Grund der Symptomatologie des Leidens als auch bei Berücksichtigung der experimentellen Forschungen des Verfassers die Wahrscheinlichkeit einer trophoneurotischen Natur der Erkrankung kaum in Abrede stellen. Es gelang demselben bei Katzen durch Exstirpation des Spinalganglions des zweiten Halsnerven mit sammt dem angrenzenden Stück der hinteren und vorderen Wurzel einen umschriebenen Haarausfall zu erzeugen und dieses Resultat wurde seither auch durch Nachuntersuchungen bestätigt (Mibelli). Dieser experimentell er-

zeugte Haarausfall bietet aber so viele Analogien mit der Alopecia areata des Menschen, dass es nahe liegt, auch nach klinischen Charakteren zu suchen, welche uns in der Annahme einer trophoneurotischen Natur des Leidens unterstützen könnten. In dieser Absicht hat der Autor die verschiedenen Momente zusammengestellt und theils der Literatur theils eigener Beobachtung entnommen, welche geeignet sind, die neurotische Theorie zu stützen und bespricht so der Reihe nach die so häufig notirten Cephalalgien, das Aufhören des Kopfschmerzes mit der Beendigung des Haarausfalles, anderweitig Paraesthesieen, Congestionserscheinungen und Störungen des Allgemeinbefindens, hereditäre Verhältnisse, psychische Erregung, Traumen, das Alter der Patienten, die gelegentlich symmetrische Localisation der Areastellen, die Sensibilitätsverhältnisse u. s. w. und bedauert schliesslich, dass bis jetzt noch Untersuchungen der peripheren, dem erkrankten Hautgebiete zugehörenden Nervenfasern fehlen. Aus der bisherigen Behandlung der Alopecia areata lässt sich weder für die parasitäre, noch für die neurotische Natur des Leidens ein Schluss ziehen. Kopp.

Prof. **Riedinger: Verletzungen und chirurgische Krankheiten des Thorax und seines Inhaltes.** Deutsche Chirurgie. 42. Lief. Stuttgart. Enke.

R. hat das grosse Werk der »Deutschen Chirurgie« um eine neue Lieferung bereichert und behandelt in einem 300 Seiten starken Band nach Anführung eines vollständigen Literaturverzeichnisses zunächst die angeborenen und erworbenen Formfehler des Thorax, die Contusion, die Fracturen des Sternum, der Rippen und Rippenknorpel nach Mechanismus, Zustandekommen, Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie, im 2. Theil die Wunden des Thorax und zwar sowohl die Verbrennungen und Verätzungen der Brust, als die Stich-, Schnitt- und Schusswunden; — die Verletzung der mammaria int., der art. intercostales, die verschiedenartigen Wunden der Pleura und Lunge mit ihren Folgen, als Haemoptoe, Lungenprolaps, Hautemphysem, Shok werden eingehend besprochen, ein ausführliches Capitel über die Statistik und Mortalität der Brustverletzungen gegeben, weiterhin auch die Verletzungen der grossen Gefässe, des Herzbeutels und des Herzens, die Krankheiten und Verletzungen des Zwerchfells entsprechend dargestellt. Weiterhin behandelt R. die entzündlichen Processe an und im Thorax, die Perichondritis und tuberculösen Processe an den Rippen, Peripleuritis, Mediastinitis, Pericarditis etc., giebt eine eingehende Darstellung der Punction und Paracentese des Herzbeutels, ihrer Indication, Ausführung etc.; der Tumoren des Thorax und der Thoraxwandung, wobei manches Capitel, das mehr der internen Medicin angehört, wie Lungenabscesse, Aneurysmen, Mediastinaltumoren mit berücksichtigt werden muss; überall begegnen wir einer sorgfältigen Berücksichtigung der Literatur, finden die entsprechenden anatomischen Details, entsprechende pathologischen Befunde, experimentelle Forschungen etc. angeführt, interessante einschlägigige Casuistik verwerthet, Statistik etc. herangezogen. Eine grosse Zahl guter Holzschnitte nach eigenen Präparaten sowohl, als photographischen Aufnahmen interessanter Fälle ziert das Werk, das sich würdig seinen Vorgängern anreiht und der »Deutschen Chirurgie« immer mehr Freunde zuführen wird. Schreiber-Augsburg.

Baumgarten: Lehrbuch der pathologischen Mykologie. II. Hälfte, erster Halbband. Mit 48 Abbildungen im Text. Braunschweig. Harald Bruhn 1887. S. 221—618.

Der allgemeine Theil des Baumgarten'schen Werkes war seinerzeit hier besprochen worden. Nun ist vom speciellen Theil wenigstens ein erster Abschnitt, behandelnd die pathogenen Kokken, ferner die Milzbrand-, Typhus- und Tuberkel-Bacillen und mehrere bei Thieren pathogene Bakterien, erschienen. Es werden hier zunächst die wichtigsten Eigenschaften jedes einzelnen Infectionserregers, sodann in besonders gründlicher Weise alle Beziehungen desselben zum lebenden Organismus, das Vorkommen in den Organen, die Anordnung in denselben, die Verbreitung im Körper und die Art des Eindringens in denselben dargestellt. Verfasser war im Stande, auf Grund der grossen Vertrautheit mit diesem seinem speciellen Forschungsgebiete, hier eine Bearbeitung zu liefern, die an Vollständigkeit und Zuverlässigkeit bisher unerreicht ist. Ebendesshalb auch muss dieser specielle Theil des Baumgarten'schen Werkes weitaus über den allgemeinen geschätzt werden.

Ein gewisser Mangel sind höchstens die Abbildungen, die allzusehr schematisirt erscheinen, um befriedigen zu können. Im Uebrigen fällt es nur auf, dass der sonst so objective Verfasser die Phagocytentheorie von Metschnikoff zwar an sehr vielen Stellen erwähnt, jedoch nur, um dieselbe auf's heftigste zu bekämpfen. Wenn auch zugegeben werden mag, dass diese auf anatomische und biologische Thatsachen wohlbegründete Theorie keineswegs alle Räthsel für sich allein zu lösen vermag, so liegt darin doch höchstens eine Beschränkung ihrer allgemeinen Giltigkeit, aber keineswegs eine Widerlegung, von der überhaupt wohl nicht mehr die Rede sein kann.

H. Buchner.

Dr. **J. L. A. Koch,** Director der k. w. Staatsirrenanstalt Zwiefalten: **Kurzgefasster Leitfaden der Psychiatrie mit besonderer Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse der Studirenden, der practischen Aerzte und der Gerichtsärzte.** Ravensburg. Verlag der Dorn'schen Buchhandlung. 1888.

Auf nur 151 Seiten ist es dem Verfasser gelungen das Wichtigste aus dem Gebiete der Psychiatrie derart zusammenzufassen, dass Jeder, der diese Seiten aufmerksam durchgelesen hat, und wenn ihm die Geisteskrankheiten auch vorher etwas ganz Fremdes waren, einen klaren Begriff davon haben muss, um was es sich handelt. Diesen didaktischen Werth besitzt der »Leitfaden« vor Allem desshalb, weil er einfach die Geisteskrankheiten beschreibt, wie sie sind, und sich von Hypothesen freihält, die den Leser nur verwirren. Besonders die Candidaten des Physikatsexamens können den »Leitfaden« mit grossem Nutzen gebrauchen, der sie vortrefflich orientirt auf einem Gebiet, das sie oft unter sehr schwierigen Umständen zu studiren haben.

Das Buch ist in erster Linie für practische Aerzte bestimmt, bietet aber auch dem Fachmann viele Anregung. Bei einem so überaus schwierig zu behandelnden Gebiet thut eine einfache kurze Uebersicht doppelt Noth, wie dies auch die Worte der Vorrede trefflich bezeichnen: »Es wird in medicinischen Kreisen je länger je mehr als ein Bedürfniss empfunden, dass man Bücher zur Hand habe, welche unter Weglassung specialistischer Details, ermüdender und verwirrender Controversen und allerlei mehr oder weniger gelehrtem Ballast nicht die Oberflächlichkeit begünstigen, aber aus einer praktischen Erfahrung heraus über das, was hauptsächlich noth thut, dem Studirenden und dem Praktiker zwar die wesentlichsten Lehren gründlich, allein das Ganze doch in einer Gedrängtheit darstellen, dass zu dessen Bewältigung die Zeit noch reicht; — Bücher, welche einen festen Boden unter den Füssen schaffen, für die meisten Fälle genügend orientiren, leitende Anhaltspuncte geben bei eingehenderen Studien und ein klares Fachwerk bieten, innerhalb dessen Jeder die mit der Zeit noch erlernten und erfahrenen Subtilitäten leicht einreihen kann«.

Da dem Verfasser die Lösung dieser Aufgabe vortrefflich gelungen ist, so kann das Buch Denjenigen, für welche er sich diese Mühe gegeben hat, auf's Beste zum fleissigen Gebrauch empfohlen werden.

Vereinswesen.

Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie.

II. Congress, zu Halle a. S., vom 24.—26. Mai 1888.

(Originalbericht von Prof. Dr. M. Stumpf.)

Erste Sitzung. 24. Mai 1888, Morgens 9 Uhr.

Die zweite Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynäkologie wurde am Donnerstag den 24. Mai zu Halle a. S. im Hörsaale der kgl. Frauenklinik vom Vorstande Geheimrath Olshausen eröffnet, welcher nach der eröffnenden Ansprache das Präsidium an Professor Kaltenbach übergab.

Die Betheiligung an dem diesjährigen Congress ist, wohl Dank der centralen Lage des heurigen Versammlungsortes, eine sehr zahlreiche. Von namhaften deutschen Gynäkologen sind anwesend: Olshausen und A. Martin (Berlin), Dohrn (Königsberg), Fritsch (Breslau), Runge (Göttingen), Werth (Kiel), Ahlfeld (Marburg), Pernice (Greifswalde), Winckel (München), Frommel (Erlangen), Zweifel (Leipzig), Schultze (Jena), Schatz (Rostock), Hofmeier (Giessen), Breisky (Wien), Schauta (Prag), Fehling (Basel) und zahlreiche Andere. Von Ausländern sind zu nennen Professor Slaviansky (St. Petersburg) und Dr. Engelmann (St. Louis).

Professor Kaltenbach leitete die Sitzung ein mit einer Gedächtnissrede auf den verewigten Kaiser Wilhelm, als den kraftvollen Schützer des Friedens und damit den Hort der Wissenschaft, dessen Andenken zu ehren die Gesellschaft sich von den Sitzen erhob. Er wies ferner hin auf die Fortschritte der Gynäkologie in den letzten zwei Jahren und betonte die Zusammengehörigkeit der Geburtshilfe mit der Gynäkologie. Die Reihe der Vorträge eröffnete:

Herr Dr. **Dührssen** (Berlin): **Ueber Stoffaustausch zwischen Mutter und Frucht.**

Redner hatte die bekannten Versuche Gusserow's bezüglich des Uebergangs von Benzoësäure von der Mutter auf die Frucht einer erneuten Prüfung unterworfen. Gusserow hatte damals aus dem Auftreten von Hippursäure im Fruchtwasser den Schluss gezogen, dass die Nieren des Fötus am Ende der Schwangerschaft functioniren, weil die Nieren die ausschliessliche Bildungsstätte für Hippursäure sind, und dass das Fruchtwasser ein Excretionsproduct der Frucht ist. Redner konnte die Versuchsergebnisse Gusserow's bestätigen; er fand, dass die Benzoësäure unter Bildung von Hippursäure sehr rasch in's fötale Blut übergeht und zwar in nicht unbeträchtlicher Menge, indem der 100. Theil der der Mutter gereichten Benzoësäure im Harn der Frucht wieder erscheint. Rechnet man dies Verhältniss auf das dem mütterlichen Organismus zugeführte Eiweiss — ohne Berücksichtigung der verschiedenen Diffusionsfähigkeit von Benzoësäure und Eiweiss — um, so würde die Frucht im Zeitraum von 24 Stunden ungefähr 4.5 g Eiweiss erhalten. Redner schliesst hieraus, dass die Ernährung der Frucht in der 2. Hälfte der Schwangerschaft durch die Placenta vor sich gehe, und schreibt dem von Ahlfeld neuerdings wieder betonten Verschlucken des eiweisshaltigen Fruchtwassers als einem accidentellen Phänomen nur einen beschränkten Werth für die Ernährung des Kindes zu. Ferner erklärt er die Thätigkeit der fötalen Nieren für erwiesen und weist nach, dass dieselben in der ganzen 2. Hälfte der Schwangerschaft ebenso functioniren wie beim neugebornen Kinde. Aus seinen Versuchen geht endlich hervor, dass das Fruchtwasser in der 2. Hälfte der Schwangerschaft kein Transsudat aus den Decidua-Gefässen der Mutter und auch kein Transsudat aus den Nabelschnur-Gefässen des Kindes sein kann, sondern, dass es ein Excretionsproduct des Kindes selbst sein müsse.

In der Discussion bestätigt Wiener (Breslau), dass die fötalen Nieren functioniren und dass die Stoffe sehr rasch von der Mutter auf die Frucht übergehen.

Ahlfeld sieht das Fruchtwasser keineswegs als Haupt-Ernährungsmittel der Frucht an, aber da der Fötus regelmässig schlucke und das Fruchtwasser beträchtlichere Mengen Eiweiss enthält, als man gewöhnlich annimmt, müsse das Fruchtwasser auch als Nahrungsmittel für die Frucht dienen. Fehling (Basel) bestreitet, dass die Versuche Dührssen's nicht beweisend dafür sind, dass das Fruchtwasser ein fötales Exkret sei; auch secernire die fötale Niere durchaus nicht, wie die des Neugebornen, sondern viel langsamer. Im Schlusswort hält Dührssen seine Anschauungen namentlich den Einwänden von Fehling gegenüber in allen Richtungen aufrecht.

Geheimrath **Winckel** (München): **Zur Beförderung der Geburt des nachfolgenden Kopfes.**

In eingehender historischer Erörterung der Entwicklung des nachfolgenden Kopfes seit Hippokrates weist Redner nach, dass es 21 verschiedene manuelle Methoden der Zu-Tage-Förderung des nachfolgenden Kopfes gebe, welche sich in drei Gruppen theilen lassen:

1) Entwicklung des nachfolgenden Kopfes ausschliesslich durch Zug,
2) ausschliesslich durch Druck,
3) combinirt durch Zug und Druck.

Das in Deutschland gegenwärtig fast allgemein übliche und unter dem Namen des »Veit-Smellie'schen Handgriffs« bekannte Verfahren ist nach des Redners historischen Studien nicht Veit und Smellie, sondern Mauriceau und der Lachapelle zuzuschreiben, nach welchem Namen das Verfahren auch benannt werden sollte. Auf Grund zahlreicher Experimente ist Redner zu der Ueberzeugung gelangt, dass der Druck von aussen, nachdem man den Kopf in eine günstige Haltung gebracht habe, denselben viel leichter und in viel kürzerer Zeit zu Tage fördere, als der sogenannte Veit-Smellie'sche Handgriff. Das vom Redner beschriebene Verfahren ist Folgendes: Nach Geburt des Rumpfes mit den Armen werde der Rumpf erhoben, hierauf geht man mit zwei Fingern derjenigen Hand, welche der Seite, nach der das Gesicht sieht, entspricht, in den Mund des Kindes ein und bringt mit den auf die Zungenwurzel gelegten zwei Fingern das Kinn herunter, so dass der Kopf sich um seinen Querdurchmesser dreht und als Keil mit dem spitzeren Ende voran durch das Becken durchzutreten bereit ist. Jetzt wird der Rumpf des Kindes auf den dieser Hand entsprechenden Vorderarm des Operateurs gelegt und die andere Hand umfasst nun von den Bauchdecken durch den Grund der Gebärmutter das kindliche Hinterhaupt und drückt dasselbe in der Richtung nach der Stirne hin in das Becken hinein. Einen ähnlichen Handgriff hat Wigand empfohlen, jedoch wird nach Wigand zuerst der Kopf von oben in das Becken gedrückt und dann erst das Kinn nach unten gebracht. Da A. Martin vor kurzer Zeit dasselbe Verfahren, das Redner ohne die während seiner längeren Abwesenheit von Deutschland erfolgte Publication Martin's zu kennen selbstständig erprobte, empfohlen hatte, so schlägt Redner vor, das beschriebene Verfahren den »Wigand-Martin'schen« Handgriff zu nennen.

In näherer Besprechung des Verfahrens betont Redner, dass an dem nach unten gehakten Kinn des Kindes niemals gezogen werden dürfe, was auch schon von der Lachapelle verboten worden ist, ferner, dass der Werth des Druckes von oben gerade darin liege, dass derselbe vom Operateur selbst und nicht von einem Assistenten ausgeführt werden müsse. Die Vorzüge des Verfahrens bestehen darin, dass die Verletzungen, welche durch Zug an Kinn und Schultern des Kindes bewirkt werden können, vermieden werden und dass die Entwicklung des Kopfes sehr leicht ist, indem der Druck von oben durchaus nicht so viel Kraft erfordere, als bei gleichen Verhältnissen der Zug an den Schultern, weil beim Druck die Kraft des Uterus mitbenützt wird. Die Versuche am Phantom ergaben, dass sogar bei stark verengtem Becken (6,6 cm Conjug. vera) die Expression leicht gelang. 33 Fälle von A. Martin und ungefähr ebenso viele Fälle aus der Münchener Klinik liefern den klinischen Beweis für die Vorzüge des Verfahrens. Endlich fügt Redner zu, dass namentlich bei verengtem Becken, besonders auch bei schrägen Verengerungen der Kopf den räumlichen Verhältnissen angepasst werden kann.

Discussion. Olshausen macht aufmerksam, dass die günstigste Stellung des Kopfes beim platten Becken nicht allein durch Herabziehen des Kinnes bewirkt wird, sondern auch dadurch, dass man den Kopf um seine Frontooccipital-Axe dreht und die Pfeilnaht also in die Nähe des Promontoriums bringt, ebenso wie auch die Natur bei der Geburt des vorangehenden Kopfes durch das platte Becken verfährt.

B. S. Schultze glaubt nicht, dass man das Kinn herabholen könne, ohne einen Zug auszuüben; er fürchtet, Verletzungen an Mund und Unterkiefer zu bewirken, und geht desshalb mit 4 Fingern bis über die Stirne hinauf und zieht auf diese Weise den Kopf herunter. Er hält übrigens auch die Anlegung der Zange an den nachfolgenden Kopf für ein sehr brauchbares und wichtiges Verfahren.

A. Martin stimmt den Ausführungen **Winckel's** nach

allen Richtungen hin bei und hält durch das geschilderte Verfahren die Anlegung der Zange an den nachfolgenden Kopf und für eine grosse Anzahl von engen Becken die verkleinernden Operationen für entbehrlich. Das von Schultze empfohlene Eingehen mit vier Fingern bis auf die Stirne hält er bei engem Becken für unausführbar und, wenn auszuführen, für viel zu zeitraubend.

Breisky glaubt, dass der Druck am nachfolgenden Kopfe nur dann ohne Schaden ausgeführt werden kann, wenn der Kopf sich noch innerhalb des Uteruskörpers befindet; steht derselbe aber in dem stark gedehnten unteren Uterin-Segment, so könnte durch den starken Druck von oben eine Uterus-Ruptur herbeigeführt werden. Redner ist ferner gegen das Eingehen in den Mund, weil dadurch leicht Keime aus der Scheide in die Mundhöhle eingeführt und hinterher das Auftreten von parasitären Mundkrankheiten herbeigeführt werden könnte; desshalb wende er nur den Zug entweder am Kinn oder am Oberkiefer an, für schwierige Fälle wäre allerdings das Eingehen in den Mund als kleineres Uebel zu gestatten.

Veit (Berlin) gibt ebenfalls die Möglichkeit der Entstehung einer Uterus-Ruptur zu, wenn man bei engem Becken und stark gedehntem unteren Uterin-Segmente stark von oben drückt, weil gerade bei schweren Fällen von Beckenverengerung der Kopf im unteren Segmente zu stehen pflegt.

Im Schlussworte betont Winckel, dass allerdings die Extraction am Kinn Gefahren bringen kann, weist aber wiederholt darauf hin, dass am Kinn gar nicht gezogen werden, sondern nur der Kopf um seinen bitemporalen Durchmesser gedreht werden darf; Redner wiederholt ferner, dass die Kraft des Druckes gar nicht gross zu sein braucht, und erwähnt, dass er selbst schon in einem Falle von platten Becken, wo das untere Uterin-Segment bereits gedehnt war, den Kopf ohne Schaden und ohne Ruptur des Uterus exprimirt habe.

Geheimrath **Dohrn** (Königsberg): **Zur Frage der Behandlung der Nachgeburtszeit, mit Demonstration von Abbildungen.**

Redner demonstrirt an grossen Wandtafeln die Arten des spontanen Austritts der Placenta. Die häufigste Art ist der sogenannte Schultze'sche Modus: Die fötale Fläche der Nachgeburt buchtet sich vor und hinter derselben sammelt sich Blut an, das sogenannte retroplacentare Hämatom, welches die allmählige, vollständige Ablösung der Eihäute von der Uterus-Wand am schonendsten befördert, und indem sich das Hämatom bis in den Fundus verlängert, kann der Uterus durch Druck auf dasselbe auch auf die Vorwärtsbewegung der Nachgeburt wirken. Man muss entschieden diesen Modus für den erwünschtesten halten und der dabei entstehende Blutverlust ist in der Regel ganz unbedeutend; aus 500 Fällen der Königsberger Klinik, in welchen die Behandlung der Nachgeburtsperiode rein exspectativ geblieben war, wurde ein durchschnittlicher Blutverlust von nur 305 Gramm gefunden.

Die zweite Art — der Duncan'sche Modus — besteht darin, dass sich die Placenta mit einem Rande vorausschiebt, es bildet sich hiebei kein retroplacentares Hämatom oder nur ein ganz kleines, das nicht beitragen kann zur vollständigen Lösung der Eihäute und zur Expulsion der Nachgeburt. Dieser Modus kommt zu Stande, wenn die Placenta tief sitzt, oder wenn zu viel und zu früh am Uterus manipulirt wurde. Der Duncan'sche Modus ist ungünstiger, weil der Zug der Placenta an den Eihäuten ein ungleichmässiger ist und die Eihäute desshalb häufiger abreissen.

Handgriffe zur Entfernung der Nachgeburt. Der ältere Handgriff durch Zug an der Nabelschnur und Eingehen in die Scheide mit der Hand, den ältere Hebammen noch ausführen, ist verwerflich, besonders wenn er verfrüht angewendet wird, wo noch gar kein directer Zug an der Placenta mittelst der Nabelschnur ausgeübt werden kann. Indem er diesen Handgriff beseitigte, war der Credé'sche Handgriff ein Segen; derselbe muss aber richtig gemacht werden. Er wird leider häufig von Studirenden und Hebammen unrichtig ausgeführt. Zum Beispiel wird der Uterus zu einer Zeit gefasst, wo er nicht kontrahirt ist, oder er wird nicht voll umfasst und gegen die Symphyse zu gedrückt; unter solchen Verhältnissen kann der Druck nicht auf die Placenta wirken. Ausserdem hat der Handgriff keinen Erfolg, wenn die Placenta an einer Stelle sich noch nicht gelöst hat; es können dann die Eihäute reissen und das retroplacentare Hämatom wird durch die Rissstelle herausgedrückt. Man soll also der Wirkung des retroplacentaren Hämatoms Zeit lassen, die Placenta abzulösen. Desshalb eignet sich die abwartende Methode am besten zur Behandlung der Nachgeburtszeit und diese hat auf der Königsberger Klinik vorzügliche Erfolge aufzuweisen.

Im Anschluss hieran hält

Prof. **Fehling** (Basel) seinen Vortrag: **Ueber den Mechanismus der Placentar-Lösung.**

Während in Deutschland der Schultze'sche Modus als der normale angesehen wird, hält man in Amerika (Lusk) denselben für seltener als den Duncan'schen und für anormal und glaubt, dass derselbe durch Zerrung an der Nabelschnur herbeigeführt wird. Redner hat diese Behauptung Lusk's controlirt, indem er bei 100 Entbindungen die absichtliche oder unabsichtliche Zerrung der Nabelschnur während und nach der Geburt des Kindes sorgfältig vermied. Die Nabelschnur wurde zu diesem Zwecke sofort beim Durchtreten der Bauchinsertion und im Falle von Umschlingung um den Hals schon nach Durchtreten des Halses durchschnitten. Von den 100 Fällen waren 81 verwendbar, und hierunter kam der Schultze'sche Modus nur 5 mal, 19 mal kam ein gemischter Modus und in 57 Fällen kam der Duncan'sche Modus zu Stande. Die Nabelschnur war bei Zustandekommen des Duncan'schen Modus lang, bei Schultze'schem Modus auffallend kurz, bei gemischtem Modus von mittlerer Länge. Bei Schultze'schem und gemischtem Modus waren die Eihäute über die materne Fläche zurückgeschlagen, bei Duncan-schem Modus in einem Drittel der Fälle über die fötale, in zwei Drittel über die materne, und dabei kein Blut im Eihautsack zu sehen. Die Uterushöhle direct nach der Geburt des Kindes hat nicht, wie Ahlfeld meint, die Gestalt einer Kugel, sondern ist länglich von Gestalt eines Wetzsteins im sagittalen Schnitte. Redner glaubt, dass beim Eintritt von Uterus-Contractionen nicht der gelöste Theil der Placenta sich vorwölbt, sondern der ungelöste. Die Placenta wird durch die letzte Wehe, welche das Kind austreibt, gelöst; dabei kann der retroplacentare Bluterguss keine Wirkung auf die Ablösung haben. In den Fällen von Duncan'schem Modus, wo die Eihäute über die materne Fläche zurückgeschlagen waren, war die Placenta hoch oben inserirt gewesen; wenn aber die Placenta tiefer sitzt (bis zum Contractionsring herab) und sind die Eihäute schon gelöst, so kommen sie über die fötale Fläche geschlagen zum Vorschein und ein Bluterguss fehlt. Nach diesen Beobachtungen hält Redner den Duncan'schen Modus für den natürlichen; der Schultze'sche Modus entsteht, wenn ein Zug auf die Nabelschnur eingewirkt hat; den retroplacentaren Bluterguss hält er für ohne Wirkung auf die Ablösung der Placenta, der Uterus zieht sich auch nicht, wie Ahlfeld annimmt, dauernd zusammen und die Blutung steht nicht durch eine Dauercontraction, sondern dadurch, dass von Seiten des retroplacentaren Hämatoms Thrombosen in die Gefässe hinein entstehen. Redner kommt zu dem Schlusse, dass wir bei Behandlung der Nachgeburtszeit den normalen Mechanismus nicht stören und auch jeden Zug an der Nabelschnur vermeiden sollen.

Discussion. Schatz glaubt, dass die abwartende Methode in der Praxis nicht ausführbar ist und dass oft Verblutung dabei vorkommen kann. Bezüglich der Umdrehung der Placenta, so dass ihr oberer Rand zuerst geboren wird, glaubt Redner, dass die Peristaltik des Uterus die Ursache sei. Den retroplacentaren Bluterguss hält er bei der Loslösung der Placenta für unbetheiligt. Der Blutverlust durch den retroplacentaren Erguss ist nicht so sehr gering als man glaubt, und desshalb sei das Ideal eines Verlaufes der Nachgeburtsperiode, wenn gar kein Blut abgeht.

Winckel erwähnt, dass nach Beobachtungen an der Münchener Klinik die Nachgeburt in 5 Minuten bis 14 Stunden ausgetrieben werde und die spontane Expulsion durchschnittlich zwei Stunden in Anspruch nimmt. Von den 100 vollständig

exspectativ behandelten Fällen sind 79 nach Schultze'schem Modus verlaufen. Die Stelle der Nabelschnur-Insertion ging hiebei stets voran und das retroplacentare Hämatom betrug im Mittel 230 g. Fehlings Versuche seien nicht rein, weil dabei die Placenta nicht spontan ausgetrieben sondern exprimirt worden sei. Redner glaubt nicht, dass ohne eine Spur von Blutabgang die Placenta ausgestossen werden könne. Eine Zerrung der Nabelschnur bei tiefer tretendem Kinde kann nicht immer vermieden werden, eine solche muss vielmehr in einem Viertheil aller Fälle eintreten, weil in einem Vierttheil die Nabelschnur umschlungen sei, was aber in die Breite des Physiologischen gerechnet werden müsse.

Lahs (Marburg) hat nach Prüfung der Lemser'schen Dissertation (in welcher der Schultze'sche Modus beschrieben worden ist) die Ueberzeugung gewonnen, dass nicht der Schultze'sche, sondern der Duncan'sche Modus als der natürliche zu betrachten ist. Er hält die spätere Anwendung des Credé'schen Handgriffes von Vortheil auch für die Hebammenpraxis.

Ahlfeld lässt alle Frauen die Nachgeburtszeit auf einem Trichterbette abwarten, auf welchem alle Effluvien aufgesammelt werden können. Der Blutverlust beträgt in den ersten 5 Stunden 400 g und Nachblutungen fehlen vollständig, ohne dass blutstillende Mittel mit Ausnahme der Massage angewendet wurden. Redner betont ausdrücklich, dass, was in der Anstaltspraxis geschehen kann, auch in der allgemeinen Praxis durchzuführen ist, die abwartende Methode demnach auch in der Hebammenpraxis befolgt werden müsse; bei Blutungen muss allerdings die Nachgeburt ausgedrückt werden. Auf diese Weise ist die manuelle Placentarlösung in einzelnen Anstalten von einer Frequenz von 7 Proc. auf eine solche von 0,3—0,4 zurückgegangen.

Dohrn ist wie Fehling der Ansicht, dass die erste Lösung der Nachgeburt nicht durch Blutergiessung bewirkt werde, sondern durch die Contractionen des Uterus; mit der Loslösung geht aber bei dem Bau der menschlichen Placenta ein Bluterguss unvermeidlich einher. Dieser Bluterguss wird wesentlich mitwirken zur Ablösung des Restes der Placenta und der Eihäute und zur Austreibung derselben. Die Behandlungsweise der Königsberger und Münchener Klinik kann mit Recht eine abwartende genannt werden und nicht, wie Lahs meint, ein später angewendeter Credé'scher Handgriff, denn in Königsberg wird der Credé'sche Handgriff nur in etwa 10 Proc. der Fälle gemacht. Wenn man gar nicht manipulirt, so kommt die Nachgeburt nach Schultze'schem Modus. An eine Wetzsteinform der Gebärmutter, wie Fehling meint, kann Redner nicht glauben.

Fehling bemerkt, dass der natürliche Vorgang bei seiner Versuchsanordnung durchaus nicht verwischt worden sei, und glaubt aus der Thatsache, dass bei den Winckel'schen Beobachtungen die Nabelschnur-Insertion voranging, den Schluss ziehen zu können, dass eine Zerrung an der Nabelschnur doch nicht vermieden worden ist.

Die Gesellschaft tritt hierauf in Berathung über Zeit und Ort des nächsten Congresses ein und stimmt dem Antrage Olshausen bei, dass, um eine Collision mit dem internationalen Aerzte-Congress, der im Jahre 1890 in Berlin abgehalten werden soll, zu vermeiden, die nächste Versammlung schon im Jahre 1889 in der Pfingstwoche stattfinden solle.

Als Versammlungsort für 1889 wird Freiburg im Breisgau gewählt.

(Fortsetzung folgt.)

Anatomische Gesellschaft.

II. Versammlung zu Würzburg am 20.—23. Mai.

(Originalbericht.)

Die zweite, unter dem Vorsitze des Herrn Geheimraths v. Gegenbaur (Heidelberg) vom 20.—23. Mai in Würzburg tagende Versammlung der anatomischen Gesellschaft erfreute sich einer ausserordentlich regen Betheiligung.

Die Präsenzliste ergab die Anwesenheit von ca. 30 Theilnehmern, unter welchen die glänzendsten Namen der Vertreter der anatomischen und morphologischen Disciplinen auch aus dem Auslande, aus Schweden, Belgien, Holland, Dänemark, Oesterreich-Ungarn, Italien und der Schweiz zu finden waren. Ausserdem erfreuten sich die Sitzungen noch der Theilnahme seitens verschiedener Herren Zoologen und Pathologen, den Mitgliedern der medicinischen Facultät zu Würzburg und vieler dort studirender junger Mediciner.

Wie aus dem Programm (dasselbe ist in Nr. 18, pag. 313 mitgetheilt) ersichtlich, bewegten sich die zahlreichen Vorträge mit wenigen Ausnahmen vorwiegend auf morphologischem und embryologischem Gebiete und kann deshalb über sie nicht gut in knapper und zugleich verständlicher Weise referirt werden. Wir verweisen die Herren Leser dieses Blattes, welche sich eingehender für das eine oder andere Thema interessiren sollten, auf die demnächst erfolgende Publication der gemachten Mittheilungen im anatomischen Anzeiger. Im Allgemeinen kann man sagen, dass die zweite Zusammenkunft der anatomischen Gesellschaft einen wesentlichen Fortschritt insoferne markirt, als in einer grossen Anzahl bisher strittiger, zum Theil fundamentaler Fragen eine definitive Klärung entweder thatsächlich erreicht oder wenigstens angebahnt wurde. Vor allem erwiesen sich in dieser Richtung die ausserordentlich zahlreichen in den weiten Räumen der Würzburger Anatomie in bequemster Weise ermöglichten Demonstrationen als nützlich. Sie gaben nicht nur ein erfreuliches Bild der hochentwickelten, zur Zeit in der Bearbeitung anatomischer und histologischer Fragen verwendbaren Technik (Mikrotome, Schnittserien, Doppelfärbungen, Plattenmodellirmethode, embryologische und anatomische Modelle etc.), sondern sie ermöglichten auch eine gewisse gegenseitige Controle und die Vorlage und Discussion zweideutiger und seltener Präparate und erfreuten sich denn auch des regsten Interesses. In den oberen Räumlichkeiten fand gleichzeitig eine Ausstellung technischer Apparate und Instrumente (Mikroskope, Mikrotome etc.) statt.

Nach erledigter, namentlich für die Herren Demonstratoren oft recht anstrengender Tagesarbeit vereinigte man sich in fröhlichster und collegialster Geselligkeit, die in einem redegewürzten Festessen und einem seitens der Würzburger Herren Collegen arrangirten Ausflug zu Dampfschiff nach Zell ihren Höhepunkt erreichte.

Wohl alle Theilnehmer verliessen die Versammlung mit dem Gefühle vollster Befriedigung über die Ergebnisse ihrer wissenschaftlichen Arbeit und wärmsten Dankes gegen die Würzburger Collegen, die nicht nur den vielfachen und anstrengenden Anforderungen des geschäftlichen Theils in selbstverleugnendster Weise nachzukommen, sondern gleichzeitig durch ihre Liebenswürdigkeit und Gastlichkeit auch die Herzen aller Theilnehmer zu fesseln verstanden haben. B.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung am 16. Mai 1888.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Herr Henoch begrüsst den von seiner Reise nach Egypten zurückgekehrten Vorsitzenden. Die Versammlung erhebt sich zu seiner Ehre von ihren Sitzen.

Tagesordnung: Discussion über den Vortrag des Herrn **Senger: Ueber die Wirkung unserer gebräuchlichen Antimycotica mit besonderer Berücksichtigung der Nierenchirurgie.**

Herr Israël: Herrn Senger's dankenswerthe Darlegungen stimmen überein mit zahlreichen Sectionsprotocollen klinischer Beobachtungen und den Ergebnissen gewissenhafter Forscher, wie z. B. Binz, Neuber, König, Czerny, Kocher, Lichtheim es für das Jodoform nachgewiesen haben, dass Nierenerscheinungen von trüber Schwellung bis zur diffusen Nephritis, Degeneration in Milz, Herz, Leber, Alveolarepithelien der Lunge auftreten können, und klinisch Albuminurie u. s. w. beobachtet ist.

Wenn ich auch nicht ganz so weit gehen will wie Senger, so glaube ich doch, dass unsere antiseptischen Maassnahmen mit

der Zeit eine wesentliche Milderung erfahren werden. Neuber's und Lawson Tait's unerreichte Erfolge beweisen, dass man es vermeiden kann, frische, nicht inficirte Wunden in Berührung mit den antiseptischen Stoffen zu bringen. Hüten wir uns, durch energische Antisepsis vor der Handinfection; die Luftinfection ist praktisch bedeutungslos. Bei Phlegmonen, complicirten Fracturen, Operationen, welche in Verbindung mit Mundhöhle oder Rectum stehen, wird man eine chemische Antisepsis nicht entbehren können; aber vielleicht wird es gelingen, ungiftige Antiseptica zu finden.

Meine Theorie der Reflexbeziehungen zwischen den beiden Nieren wird durch das, was Herr Senger gesagt hat, gar nicht tangirt, wie ich diese Theorie auch gar nicht auf Operationswunden angewendet wissen wollte. Es handelt sich um Fälle, wo bei Einklemmung eines Steines, in einem Urether beispielsweise, totale Anurie eintritt. Das lässt sich nicht anders als durch Reflexbeziehungen auf nervösem Wege erklären.

Herr Küster: Es ist bis zu einem gewissen Grade richtig, dass die Chirurgie sich kritiklos auf eine Anzahl von Mitteln gestürzt hat, ohne Beachtung der Gefahren, welche sie mit sich führen. Das ist zurückzuführen auf die Blendung der chirurgischen Welt durch die glänzenden Resultate, welche die erste, antiseptische Chirurgie gegenüber den erbärmlichen Erfolgen der vorantiseptischen Zeit aufzuweisen hatte. Aber seit ich 1875 mühsam zur Anerkennung brachte, dass die Carbolsäure ein gefährliches Mittel sei, hat sich die Erkenntniss doch schnell Bahn gebrochen. Herr Senger aber schüttet das Kind mit dem Bade aus; denn die ausserordentlichen Vortheile der antiseptischen Behandlung sind nicht zu verkennen. Es würde ein schlechter Tausch sein, für die Gefahren unserer jetzigen Behandlungsart diejenigen der Infection zu erhalten.

Jene Gefahren der antiseptischen Methode sind aus der Welt zu schaffen, wenn man von gewissen, unberechenbaren, individuellen Dispositionen absieht. Kaum ein Chirurg überschwemmt heute noch das Operationsfeld mit Sublimat. Ich reinige nur die Haut und irrigire nur ganz zum Schluss noch einmal mit Sublimat, das sofort wieder mit Schwämmen aufgesogen wird. Jodoform bringe ich nur in ganz dünner Schicht auf die Wundfläche. In der That sind bei dieser Methode seit 7 Jahren auf meiner Abtheilung irgend welche Intoxicationen nicht mehr vorgekommen. Die von Herrn v. Bergmann neu eingeführte Methode der sauren Sublimatbehandlung ist noch gefährlicher als die alte, wobei sich ein Albuminat bildete, welches die Resorption verhinderte. Aber auch diese Gefahren werden sich bekämpfen lassen.

Herr Senger: Die nervösen Allgemeinerscheinungen nach Nephro- und Nephrectomien sind keine reine Uraemie. Sie setzen sich zusammen aus der giftigen Wirkung der im Blute zurückgehaltenen Urinbestandtheile und der specifischen Giftwirkung der bei der Operation verwandten Antimycotica. Dass die Nieren besonders leiden, ergiebt sich aus ihrer Function als Entgiftungsorgan. Die Probe auf's Exempel zeigt, dass in der That Thiere mit einer Niere an kleineren Dosen der Gifte zu Grunde gehen als zweinierige Thiere.

Man kann von unserem Gesichtspunkte aus die Operationen in 2 Gruppen theilen: eine, bei welcher starke Lösungen der Antimycotica verwandt werden, das sind die wenig gefährlichen Eingriffe, und eine, wo schwache Lösungen verwandt werden: das sind die gefährlichen Operationen in Brust- und Bauchhöhle. Eine einfache Ueberlegung sagt uns, wie unlogisch das ist. Die schwachen Lösungen, Borsäure, Salicyl, die wir wegen der hohen Intoxicationsgefahr überall bei schweren Operationen den starken Sublimat- und Carbollösungen substituiren, tödten nicht einmal den Staphylococcus aureus, geschweige den Milzbrandbacillus. Die Irrigationen geben uns also gar keine Garantie für Antisepsis.

Da trotzdem die Resultate bei Laparotomie vorzüglich sind, glaube ich annehmen zu dürfen, dass sie auch ohne diese Scheinantisepsis erreicht werden können. Es ist eine ganz falsche Vorstellung, dass wir ein inficirtes menschliches Gewebe desinficiren können, wie eine Gelatine oder ein Instrument. Ist also eine Wunde keimfrei, so genügt zur Irrigation sterilisirtes Wasser; ist sie von Pilzen durchsetzt, so ist sie nicht zu desinficiren, ohne dass man das Gewebe total zerstört. Alles todte Material und die Hände müssen also energisch desinficirt werden; aber mit dem Körper selbst dürfte kein Antimycoticum in Berührung kommen. Praktisch wird manche Concession gemacht werden müssen; wo Antiseptica nicht zu entbehren sind, kann nur die Erfahrung feststellen, aber immer ist zu bedenken, dass Pilze schwerer zu zerstören sind, als der menschliche Körper.

Herr **Weyl: Zur Kenntniss der giftigen Farben.**

Weyl greift auf seine neulichen Ausführungen über das Trinitrocressol, das Saffransurrogat, zurück, welches der Entwurf des Reichsgesundheitsamtes auf den Index der giftigen Farben gesetzt, der Reichstag aber abgesetzt hatte. Es ist nun in Wilhelmshaven eine Vergiftung einer Frau mit dem Stoffe vorgekommen, welche unter denselben Symptomen verlief, wie sie W. experimentell an Thieren erhoben hat. Die Person, welche Saffran nehmen wollte, um einen artificiellen Abort zu erzielen, war nach Genuss von ca. 3¼ g des Surrogats unter Convulsionen und Dyspnoe gestorben. Damit ist auch für den Menschen der Beweis von der Giftigkeit eines Mittels erbracht, welches der Reichstag erlaubt, und welches von einer Fabrik bereits in 70,000 Pfund zur Färbung von Nudeln u. s. w. abgesetzt ist.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 7. Mai 1888.

Vorsitzender: Herr Leyden.

(Schluss.)

Herr **Senator: Ueber multiple Neuritis und Myositis.**

Die multiple Neuritis ist erst 1879 von Herrn Leyden in die Pathologie eingeführt und als eine Affection geschildert worden, welche acut oder subacut einsetzt mit mehr weniger Fieber, sensible und motorische Störungen der Extremitäten hervorrufend. Es findet sich atrophische Lähmung und entzündliche Neuritis verschiedener peripherischer Stämme.

Die spätere Casuistik hat zu dem von Leyden fixirten Bilde nur wenig hinzufügen können. Es fanden sich dann und wann bei den Sectionen die pathologischen Merkmale der Neuritis, ohne dass im Leben die hauptsächlich betonten sensiblen Erscheinungen zur Beobachtung gelangt wären. Man hat ferner neben der Neuritis Erkrankungen des Rückenmarkes gefunden (der vorderen grauen Substanz), und kam so zu der Auffassung, dass die multiple Neuritis einer grösseren Ordnung von Krankheiten einzureihen sei, welche, bedingt durch die gleiche Schädlichkeit, bald die peripherischen Nerven, bald das Centralorgan betreffen. Gegen diese Auffassung hat weder Leyden, noch Senator etwas einzuwenden, wohl aber kann er sich mit der Schematisirung nicht befreunden, welche die multiple Neuritis als einen Theil einer grösseren Gruppe von Krankheiten auffassen will, welche die cortico-musculäre Bahn, d. h. das System: Hinterhorn, Nerv, Muskel befallen. Denn nicht nur die motorische Bahn, sondern auch die sensible ist hervorragend betheiligt, wie aus den Störungen der Sensibilität und der meist bedeutenden Schmerzempfindlichkeit der Nervenstämme hervorgeht.

In zwei Fällen von multipler Neuritis hat S., um diesen Fragen näher zu treten, auch die Muskeln untersucht und beide Male mit überraschendem Erfolge.

Der erste Fall bot das typische Bild einer peripherischen Neuritis, mit paralytischer Contractur der Beine, atrophischer Lähmung oder Parese der sämmtlichen Extremitätenmuskeln, starker Schmerzhaftigkeit der Nervenstämme, Veränderungen der electrischen Erregbarkeit, Herabsetzung der Sensibilitätsqualitäten und intactem Darm und Blase. Tod an Phthise. Die Section ergab im Rückenmark nichts Abnormes, Erkrankung der hinteren Wurzeln, Nerven und Muskeln. Es handelte sich um eine typische parenchymatöse und interstitielle Neuritis.

Die Muskeln zeigten, namentlich nach Härtung und Färbung, einen überraschenden Befund. Im Biceps wenig Veränderung, alle Fasern gut erhalten, aber stellenweise starke Kern-

häufung, und zwar drei Arten von Kernen: 1) die gewöhnlichen, 2) grosse mit grobkörnigem Protoplasma, 3) kleine von der Grösse rother Blutkörperchen. Ein ganz ungewöhnliches Aussehen bot der Gastrocnemius. Er strotzte von Blut, die kleinsten Capillaren waren gefüllt, alle Interstitien strotzten von Gefässen, und waren durch eine von den Gefässen ausgehende Kernwucherung ausserordentlich verbreitert, die Muskelfasern ganz zusammengedrückt und verschmälert, einzelne von spindelförmiger Gestalt, mit starker Kernwucherung, theilweise Pigment führend.

Es bestand also eine interstitielle Myositis.

Im zweiten Falle setzte die Affection nach einer heftigen Gemüthsbewegung mit Schwäche der Extremitäten ein. Patellarreflexe verschwunden, die Muskeln auf Druck empfindlich, nicht aber die Nerven. Sensibilität, Blase und Mastdarm intact. Herabsetzung der electrischen Erregbarkeit, Andeutungen von Entartungsreaction. Allmälig nahm die Muskelempfindlichkeit ab und die der Nerven zu, nach drei Monaten wurde Patientin als gebessert entlassen. Wiederholt wurde die Untersuchung excidirter Stücke aus den Wadenmuskeln theils frisch, theils gehärtet vorgenommen. Es fand sich Hyperämie und Kernwucherung und dadurch Verbreiterung der Interstitien, Verschmälerung, Atrophie, Schwund der Fasern, stellenweise viel gelbes Pigment. Ferner wurde das Vorkommen sehr zahlreicher Mastzellen constatirt.

Das Vorkommen von interstitieller Myositis bei acuter peripherischer Neuritis ist in solchem Umfang noch nicht beobachtet worden; dagegen ist es häufig constatirt bei chronischer Neuritis nach Alkohol- oder Bleivergiftung u. s. w.

Handelt es sich nun bei dieser Myositis um eine primäre Affection, oder ist sie secundär durch die Erkrankung der Nerven hervorgebracht? Beide Anschauungen lassen sich vertheidigen. Die Anschauung von Erb, wonach jede peripherische Neuritis eine Folge functioneller, nicht nachweisbarer Störungen im Rückenmark ist, welche die Nerven von ihrer Verbindung mit den trophischen Centren trennen, widerspricht unseren Begriffen. Dagegen lässt sich sehr wohl annehmen, dass die Myositis der Neuritis coordinirt auftreten kann. Jedoch ist S. weit entfernt, auf Grund eines so kleinen Materiales endgiltige Schlüsse ziehen zu wollen.

Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 14. Mai 1888.

Herr **Georg Sticker: Therapeutische Mittheilungen.**

I. Hülfsmittel der Digitalis. Unter dem Suchen nach »Ersatzmitteln der Digitalis« hat das Studium dieses Herzheilmittels selbst, dem in der Praxis zwar immerhin noch das grösste, aber nicht selten ein völlig unverstandenes Vertrauen entgegengebracht wird, gelitten. Denn die zahlreichen Arbeiten der Pharmakologen und Toxikologen über die Digitalis sind für den Arzt nahezu werthlos. Klinische Untersuchungen in der Art, wie Traube sie ehedem und jüngst Prof. Augusto Murri in Bologna angestellt haben, können allein zur Erweiterung und völligen Ausbildung unserer Kenntnisse über die Heilwirkung der Digitalis, über die Indicationen und Contraindicationen für dieses Mittel vollgültigen Aufschluss bringen. Im Allgemeinen ist der Grundsatz, der als conditio sine qua non für die Anwendbarkeit der Digitalis das Vorhandensein vermehrter Pulsfrequenz und herabgesetzter Pulsspannung fordert, in das ärztliche Gewissen eingedrungen, und man darf von jedem Arzt erwarten, dass ihm zunächst erhöhte Pulsspannung und verlangsamte Herzaction als absolute Contraindicationen für den Gebrauch jenes Mittels gelten. Die genauere Darlegung der Fälle, in welchen jene Gegenanzeigen vorhanden sind, die weitere Ausführung der Bedingungen, unter welchen trotz erhöhter — oder wenigstens nicht verminderter — Pulsfrequenz und trotz herabgesetztem Blutdruck die Verordnung der Digitalis nutzlos, schädlich, ja lebensgefährlich ist, behält sich Redner für eine zukünftige Besprechung vor. Heute macht er sich zur Aufgabe, die »Hülfsmittel der Digitalis« zu besprechen, Mittel, welche zur Unterstützung der Digitaliswirkung in jenen Fällen dienen können, in denen trotz der zureichenden Indicationen für die Digitalis eine Wirkung der Arznei ausbleibt, oder in den anderen Fällen, in denen eine Contraindication für Digitalisanwendung zwar vorliegt, aber aus dem Wege geräumt werden kann. 1) Stark herabgesetzter Arterientonus, wie er bei Aorteninsufficienz, sogenannter idiopathischer Herzdilatation, in einem gewissen Stadium der Arteriosklerose zur Beobachtung gelangt, ist nach der lichtvollen Ausführung O. Rosenbach's nicht selten der Grund für frustrane Darreichung der Digitalis; die Engländer erblicken in ihr selbst eine Contraindication für Digitalisanwendung. Das Hülfsmittel der Digitalis für diesen Fall ist das Secale cornutum, dessen vorhergehende oder gleichzeitige Verordnung mit der Digitalis die angestrebte Wirkung ermöglicht. St. schliesst sich unter Mittheilung eigener Erfahrungen völlig den Mittheilungen O. Rosenbach's an. 2) Gesteigerte Arterienspannung und erhöhter arterieller Druck bei chronischer Nephritis contraindiciren die Darreichung der Digitalis, wo gleichzeitig vorhandene Steigerung der Pulsfrequenz oder starke Irregularität der Herzaction u. s. w. ihre Wirkung wünschenswerth erscheinen lassen. Das von Rossbach u. A. empfohlene Nitroglycerin, dessen Wirkung und Indication Redner ausführlich darstellt, vermag hier der Digitalisanwendung die Contraindication wegzuräumen. Das genannte Zusammentreffen von gesteigerter Arterienspannung und gesteigerter Herzaction ist nicht so selten, als man den Lehrbüchern zufolge glauben sollte und wird selbst bei uncomplicirten Herzmuskelerkrankungen beobachtet. St. verfügt über eine Anzahl von Beobachtungen (namentlich 3 ausgezeichnete) in welchen der Eintritt der Herzinsufficienz bei einem Herzmuskelfehler (mit oder ohne Nephritis) von gesteigerter und bisweilen ganz bedeutend gesteigerter Arterienspannung begleitet wurde. Es handelte sich in allen Fällen um ein spätes Stadium des Fettherzes oder der idiopathischen Herzhypertrophie bei Schmieden, Feilenschlägern, Kellermeistern; ausnahmslos wurde dabei der Eintritt der Herzinsufficienz von cardialen Asthmaanfällen oder continuirlicher cardialer Dyspnoe eingeleitet und durch die Versiegung der Harnsecretion, starke Cyanose, beginnende Oedeme angezeigt. In einem Falle war wenige Tage vor dem Eintritt der Erhöhung der Pulsspannung eine starke Herabsetzung derselben constatirt worden, so dass zuerst Digitalisdarreichung mit Recht in Aussicht genommen wurde, aber glücklicherweise unterblieb. Die von Potain jüngst noch mit guten Gründen gestützte Theorie, dass die Retention gewisser harnfähiger Stoffe an dem Zustandekommen der Gefässcontraction und Gefässhypertrophie beim chronischen Morbus Bright. die Schuld trägt, glaubt Redner für eine Beobachtung der erhöhten Pulsspannung auch bei denjenigen Herzkranken verwerthen zu müssen, bei welchen jenes Phänomen in Erscheinung trat, ohne dass eine Nephritis den Herzfehler complicirte. Gerade die eine Beobachtung, in welcher zuerst verminderte Diurese bei herabgesetzter Pulsspannung, dann enorm gesteigerte Pulsspannung bei zunehmender Harnverminderung auftrat, scheint ihm diese Erklärung zu befürworten. In den in Rede stehenden Fällen scheute Redner natürlich die Anwendung der Digitalis, umsomehr als gerade in einem derselben ein College durch die Darreichung des Mittels einen schweren apoplectiformen Insult und grosse Steigerung der asthmatischen Anfälle herbeigeführt hatte. Die Anwendung des Nitroglycerin (zweistündlich 0,001 bis zu 0,01 pro die) erwies sich, als die abnorme Arterienspannung 5 Tage lang bei expectativem Verhalten (abgesehen von der Application äusserer und innerer Derivantia: Sinapismen, Blutegel, Drastica, Diuretica) anhielt, erfolgreich und bereitete der Digitalis den Weg, die nach Herabsetzung der Pulsspannung nicht nur gefahrlos, sondern auch mit wohlthätigster Wirkung auf alle objectiven und subjectiven Erscheinungen eingenommen wurde. Auch in mehreren anderen hergehörigen Beobachtungen zeigte sich das Nitroglycerin in der combinirten Darreichung als Hülfsmittel der Digitalis im angegebenen Sinne und zwar auch dann noch, als die gewöhnlichen Hülfsmittel (Diuretica, Drastica etc.) im Stich gelassen hatten. Immerhin zieht Redner, wo es ver-

tragen wird, das von Riegel so erfolgreich in die Praxis eingeführte Coffein (in Form der Doppelsalze!) unter jenen Umständen der Verbindung von Digitalis und Nitroglycerin vor; das Coffein, weil diesem Arzneimittel die — hier unerwünschte — Wirkung der Digitalis, die Arterienspannung primär zu erhöhen, abgeht. In zwei Beobachtungen sah Redner sich aber nichtsdestoweniger gezwungen, auch die Coffeindarreichung mit der Nitroglycerinmedication zu verbinden, da die arterielle Spannung und die mit ihr einhergehende hochgradige Dyspnoe sich nach der alleinigen Coffeindarreichung noch steigerte. Die combinirte Darreichung hatte glänzenden Erfolg. 3) Man vermisst die positive Digitaliswirkung nicht selten, ohne einen Grund hierfür finden zu können. Nachdem in einem solchen Fall St. bei Application einer Eisblase auf das Herz eine Beobachtung gemacht, die derjenigen Traube's bezüglich des schnellen Eintrittes einer starken Digitaliswirkung unter dem Einflusse zweier Eisblasen (Kopf und Unterleib) völlig gleichwerthig erschien, hat er die Eisblase als Unterstützungsmittel der Digitalis erfolgreich anzuwenden noch mehrmals Gelegenheit gehabt.

Die Untersuchungen Silva's über die Wirkung der auf die Herzgegend applicirten Eisblase (Klinik des Prof. Bozzolo in Turin) können diese combinirte Anwendung nur befürworten und die wohlthätige Wirkung der letzteren stützt vortrefflich Traube's These: »Es ist häufig, vielleicht immer vortheilhafter eine Verbindung von zwei (oder mehreren) Mittel zu reichen, welche eine für den gegebenen Fall passende Eigenschaft mit einander gemein haben, als in grösserer Dosis nur eines dieser Mittel allein.« Der Fall Traube's, in welchem der schnelle Eintritt einer starken Digitaliswirkung auf der Höhe einer Polyarthritis rheumatica unter dem Einfluss eines abgekühlten Bades beobachtet wurde, dürfte in Verbindung mit den Ergebnissen der Studien Schweinburg's und Pollak's (Klinik des Prof. Winternitz) über die Wirkung des kalten oder abgeschreckten warmen Sitzbades auf das Herz dazu auffordern, in geeigneten Fällen auch das kühle Sitzbad als Hülfsmittel der Digitalis zu versuchen.

II. Kreosot und Jodkalium als Heilmittel der Lungenphthise. Man hat längst die syphilitischen Krankheitserscheinungen in zwei Gruppen getheilt, von denen die erstere nur mit Quecksilber und nie mit Jodkalium, die andere fast ausschliesslich mit Jodkalium und kaum mit Quecksilber wirksam behandelt wird. Kaposi hat noch eine dritte Gruppe (gewisse Spättormen, Rachen- und Hautgeschwüre) dem Wirkungskreise jener beiden wichtigsten Mittel entzogen und dem Zittmann'schen Decoct überwiesen. Diese Praxis ist der besondere Ausdruck der allgemeinen Erfahrung und der logischen Ueberlegung, dass, so lange nicht dieselbe Krankheit bei den verschiedenen Individuen in ganz gleicher Weise auftritt und so lange nicht die verschiedenen Stadien derselben Krankheit in ihren anatomischen Läsionen und functionellen Störungen gleichwerthig sind, der Versuch für die ätiologisch-identischen Krankheitsfälle ein einziges Heilmittel zu finden, ein vergebliches und sinnloses Bemühen ist. Nichts destoweniger hört man immer und immer wieder die Anpreisung von specifischen Mitteln, z. B. gegen die Phthise. Während auf der einen Seite das Jodkalium »überall bei Tuberculose und in jedem Stadium als Heilmittel« angepriesen und »nur im Fieber vielleicht eine Contraindication« und nur in der Möglichkeit der Hämoptoe eine Unzuträglichkeit jener Medication gefunden wird (G. Sée), gilt auf der anderen Seite das Kreosot als Universalmittel bei der Schwindsucht. Redner, der die Bedingungen für die Wirksamkeit und namentlich für die Unwirksamkeit beider Mittel studirt hat, fasst seine Erfahrungen dahin zusammen, dass Jodkalium und Kreosot in gewissem Sinne als wichtige Heilfactoren in der Behandlungsmethode der Phthise betrachtet werden dürfen, wenn man ihre Anwendung nach folgenden Indicationen regelt: Kreosot und Jodkalium haben ihren umschriebenen Wirkungskreis, aber innerhalb der Grenzen dieses Kreises eine ziemlich unbeschränkte Wirksamkeit im Sinne Gimbert's und Bouchard's einerseits, im Sinne Sée's andererseits. Ganz allgemein ist der Wirkungskreis für das Kreosot die Gruppe der Lungenphtisiker, welche vorwiegend das anatomische Bild der käsigen Zerfallspneumonie liefern; der Wirkungskreis für das Jodkalium die Gruppe jener, in welchen eine chronische interstitielle Pneumonie mit fibröser Schrumpfung und adhäsiver Pleuritis das anatomische Substrat bildet. Die Mischformen der käsigen und fibrösen tuberculösen Pneumonie fallen nach dem Ueberwiegen des einen oder anderen Processes in den Wirkungskreis des einen oder anderen Mittels und erheischen bisweilen eine alternirende Behandlung. Eine dritte Gruppe von Phthisikern, bei denen wegen der vorwiegenden Betheiligung der Bronchialschleimhaut ein Krankheitsbild entsteht, das dem Begriff der Phthisis pituitosa Laëmec's nahe kommt, schliesst die Anwendung des Jodkalium ganz aus und erfordert die Anwendung der Balsamica mit oder ohne Kreosot. Eine vierte Gruppe, die sich als Emphysem larvirt, wird wiederum durch Jodkalium wohlthätig beeinflusst. Contraindicationen für die Anwendung a) des Kreosot: Darmtuberculose, Amyloid, spätes Stadium der Phthise; b) des Jodkalium: Haemoptoe und Neigung dazu; Kehlkopfläsionen (Glottisödem!): Insufficienz des Nierenfilters (Nephritis, Nierenamyloid, Stauungsniere); Auftreten eines schweren Jodismus (Gesichtödem, Purpura, Pemphigus, Herzschwäche). Leichter Jodismus verschwindet häufig beim Weitergebrauch, jedenfalls auf Darreichung von Arsenik (2 bis 3 mal tägl. 3—5 gtt. liq. ars. Fowleri); Diarrhoe erfordert den Zusatz von Opium (0,01—0,03 mehrmals pro die).

Tagesdosis: des Kreosot 0,3—0,9 (!) in Tropfenform — Kreosot fagin. opt. Tinct. Gentian 1 : 2 reichlich mit lauwarmem Wasser (nach Hopmann); des Jodkalium 1,0—3,0—6,0 nach den Mahlzeiten in einer Tasse Milch. Dr. G. Sticker.

Verschiedenes.

Therapeutische Notizen.

(Zur Anästhesirung schmerzhafter Wehen.) Nachdem es Laget gelungen war, eine schmerzhafte Geburt einer fünfmonatlichen Frucht durch 2 Klystiere von je 2,0 Antipyrin völlig schmerzlos zu machen, verordnete auch Steinthal (Deutsch. med. Wochenschr. 9, 1888) einer 25jährigen Primipara, die seit 20 Stunden in Wehen lag und wegen unerträglicher Schmerzen sich gar zu ungeberdig benahm, ein Klysma von 2,0 Antipyrin auf 1 Tassenkopf Wasser. Es trat sofort Schmerzlosigkeit ein, ohne dass die Contractionen des Uterus aussetzten. — Aehnlich günstige Resultate erhielt auch Queirel (Marseille) mit subcutanen Antipyrin-Injectionen. (Pfälz. Vereinsbl.)

(Als wirksames Antisepticum), das den Anforderungen entspricht, stark antiseptisch und doch ungiftig, die Haut und das Gewebe nicht reizend, nicht flüchtig, haltbar und billig zu sein, empfiehlt der bekannte englische Chirurg Mayo Robson das Natronsalz der Kieselfluorwasserstoffsäure. Er hat dasselbe nicht nur in einer grossen Reihe von chirurgischen Operationen, und zwar meist in Lösung von 1 : 500, zu Ausspülungen der Brust- und Bauchhöhle etc. in Lösung von 1 : 800, sondern auch zu Ausspülungen des Uterus, des Magens, der Blase, als Injection bei Gonorrhoe, als Gargarisma bei Diphtherie etc., mit bestem Erfolge angewandt. Auch in der geburtshülflichen Praxis hat sich das Silicofluornatrium zweckdienlich erwiesen; dasselbe ist ferner ein sehr gutes Desodorans, und daher auch zum Desinficiren der Hände sehr brauchbar. Porcellan und Stahlinstrumente werden durch die Lösung angegriffen, doch wird die Einwirkung auf Stahl durch Zusatz von doppeltkohlensaurem Natron abgeschwächt. In einem Resumé spricht sich R. darin aus, dass er in Zukunft zwar für die gewöhnlichen chirurgischen Operationen noch das Sublimat verwenden werde, für alle Fälle jedoch, wo Gefahr der Resorption besteht, wie bei Ausspülen von Höhlen, das Silicofluornatrium. Warum übrigens dieser einfache chemische Körper mit dem sonderbaren Namen »Salufer« belegt wird, ist nicht ersichtlich.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 29. Mai. Aus Berlin wird uns unterm 27. ds. geschrieben: Heute hielt der geschäftsleitende Ausschuss des deutschen Aerztevereinsbundes unter dem Vorsitz von Graf-Elberfeld eine Sitzung ab, welche von Morgens 8 Uhr bis Nachmittags 2 Uhr währte. Anwesend waren: Graf-Elberfeld, Aub-München, Bardeleben-Berlin, Becher-Berlin, Hüllmann-Halle, Krabler-Greifswalde, Szmula-Zabrze, Thorspecken-Bremen, Wallichs-Altona. Entschuldigt fehlten: Brauser-Regensburg, Cnyrim-Frankfurt a./M., Eschbacher-Freiburg i./B., Heinze-Leipzig, Sigel-Stuttgart. Gegenstände der Berathung bildeten die Referate bezw. die

Tagesordnung des diesjährigen, am 17. September in Bonn abzuhaltenden XVI. deutschen Aerztetages.

— Der in der vorigen Woche zu Frankfurt a./M. abgehaltene III. Deutsche Lehrertag beschäftigte sich in einem Referat mit der Frage der ärztlichen Beaufsichtigung der Schulen. Der Referent Dr. Siegert wies aus dem hohen Procentsatz kränklicher Schulkinder, der in Dänemark durch genaue Untersuchungen auf 29 Proc., in Schweden auf 44 Proc. festgestellt ist, die Nothwendigkeit einer ärztlichen Ueberwachung nach, wie sie z. B. für die französischen Schulen bereits besteht. Er verlangt also einen Schularzt, will demselben jedoch nicht so vielerlei und in's Einzelne gehende Arbeiten zugewiesen haben, wie dies u. a Prof. Herm. Cohn in Breslau, der bekannte Augenarzt, thut. Dafür verlangt er vom Schularzt den Nachweis einer besonderen Befähigung für sein Amt. Die vom Redner aufgestellten 7 Sätze wurden von dem Frankfurter Stadtarzte, Sanitätsrath Dr. Spiess, warm befürwortet und unverändert angenommen. Sie lauten: »1) Zur Schonung und Förderung der Gesundheit unserer Schuljugend ist die hygienische Ueberwachung der Schulen nothwendig. 2) Eine vom Staate aus Aerzten, Architekten, Ingenieuren und Schulmännern gebildete Commission leitet Untersuchungen über den Gesundheitszustand der Schuljugend ein, giebt Anweisungen für die praktische Durchführung der Schulhygiene und stellt die Grundzüge für die Thätigkeit besonderer »Schulärzte« fest, welche die Durchführung dieser Anweisungen zu überwachen haben. 3) Schularzt kann nur derjenige praktische Arzt werden, welcher die Schulhygiene zum Gegenstand eines besonderen Studiums gemacht hat. 4) Der Schularzt ist in der Regel vom Staate anzustellen. 5) Dem Schularzt ist ein grösserer Bezirk (etwa Regierungsbezirk) zuzuweisen. Schulärzte für kleinere Bezirke sind überflüssig und aus pädagogischen Gründen nicht wünschenswerth. 6) In gewissen Zeiträumen treten die Schulärzte eines Landes mit der unter 2 geforderten Commission zu gemeinsamen Berathungen zusammen. 7) Die Schulärzte werden nur dann eine gedeihliche Wirksamkeit zu entfalten vermögen, wenn die Schulhygiene bei den Prüfungen für Lehrer und Schulleiter Prüfungsgegenstand wird und die Gesundheitslehre den ihr gebührenden Platz im Schulunterrichte findet.«

— Die diesjährige Versammlung des preussischen Medicinalbeamtenvereins wird am 26. und 27. September c. in Berlin abgehalten werden.

— Am 27. Mai d. J., Vormittags 12 Uhr wurde in der Universitäts-Frauenklinik zu Berlin die Marmorbüste des verewigten Professors Dr. Carl Schroeder mit einer kurzen Feierlichkeit enthüllt. — Den 3. Juni c., Vormittags 12 Uhr, wird in Leipzig auf dem Friedhofe St. Johannis die feierliche Enthüllung des Denkmals für den verstorbenen Cohnheim unter entsprechender Feier stattfinden.

— An Stelle der eingegangenen »Archives slaves de biologie« beabsichtigt der Herausgeber Dr. M. Mendelssohn in Petersburg eine centralblattartige »Revue slave des sciences médicales« in St. Petersburg erscheinen zu lassen.

— Dr. Pollatscheck in Karlsbad hat gefunden (Wr. med. W. Nr. 21), dass nach Einnahme von salicylsaurem Natron Kupferoxyd reducirende Substanzen in den Harn übergehen.

(Universitäts-Nachrichten.) Breslau. Es besteht die Hoffnung, dass Geheimrath Fritsch, der an erster Stelle nach Würzburg vorgeschlagen war, der Universität erhalten bleibt. — Budapest. Behufs Habilitirung als Privatdocenten an der medicinischen Fakultät wurden nach absolvirtem Kolloquium zum Probevortrag zugelassen: Dr. Edmund Frank (für Hygiene), Dr. Michael Lenhossék (für Anatomie), Dr. Dionys Szabó (für Geburtshilfe). — Greifswald. Ein Flügel des Universitätskrankenhauses wurde am 27. ds. durch Feuer zerstört — München. Die Epidemiologische Gesellschaft von London hat in ihrer Sitzung am 24. Mai l. Js. den Geheimen Rath Max v. Pettenkofer in München zum Ehrenmitgliede gewählt. — Rostock. Das neu eingerichtete hygienische Institut unserer Universität wurde am 11. Mai dem Director desselben, Prof. Dr. Uffelmann, durch den Oberbaurath Daniel im Beisein des Landbaumeisters Schlosser übergeben. — Würzburg. Der Privatdocent für Chemie, Dr. Ludwig Knorr (bekannt durch die Darstellung des Antipyrin), wurde zum a. o. Professor ernannt.

(Todesfälle.) Durch den am 26. ds. dahier erfolgten Tod des langjährigen Bürgermeister unserer Stadt, Dr v Erhardt, hat nicht nur München, sondern auch die praktische Hygiene einen schweren Verlust erlitten. In einer unserer nächsten Nummern werden die Verdienste, die v. Erhardt sich um die öffentliche Gesundheitspflege, speciell in München, erworben hat, von berufener Seite Würdigung erfahren.

In Glasgow starb Dr. H. C. Macewen. Assistent am dortigen Fieber-Hospital, an Diphtherie, im Alter von 27 Jahren. (Wiener Blätter lassen den bekannten Glasgower Chirurgen William Macewen gestorben sein.)

In Wien starb der Kinderarzt Prof. Dr. Leopold Politzer im Alter von 73 Jahren.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 20. Jahreswoche vom 13. bis 19. Mai 1888.

Brechdurchfall 33 (28*), Cholera asiatica — (—), Diphtherie, Croup 56 (30), Erysipelas 25 (11), Intermittens, Neuralgia interm. 6 (11), Kindbettfieber 3 (3), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 42 (31), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 4 (4), Parotitis epidemica 11 (6), Pneumonia crouposa 34 (39), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 32 (26), Ruhr (dysenteria) — (2), Scarlatina 27 (26), Tussis convulsiva 31 (43), Typhus abdominalis 6 (6), Varicellen 10 (11), Variola, Variolois — (—). Summa 320 (277). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

Uebersicht der Sterbfälle in München.

während der 20. Jahreswoche vom 13. bis incl. 19. Mai 1888.

Bevölkerungszahl 275,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln — (—), Scharlach 1 ( ), Diphtherie und Croup 3 (1), Keuchhusten - (2), Unterleibstyphus 1 (—), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr 1 (—), Kindbettfieber 1 (2), andere zymotische Krankheiten 1 (2).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 183 (147), der Tagesdurchschnitt 26.1 (21.0). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 34.6 (27.8), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 23.6 (18.0), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 22 6 (17.7).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Ernennung. Der erste Hilfsarzt der Kreis-Irren-Anstalt Erlangen Oberarzt Dr. Heinrich Ullrich, wurde zum Director der Kreis-Irren-Anstalt Deggendorf ernannt.

Niederlassungen. Dr. Althammer in Altmannstein, B.-A. Beilngries; Dr. Heinrich Held zu Rüdenhausen, B.-A. Gerolzhofen.

Praxis vorübergehend niedergelegt: Dr. Wegele zu Castell.

Erledigt. Die Oberarztesstelle an der Kreis-Irren-Anstalt Erlangen.

Abschied bewilligt. Dem Stabsarzt Dr. Failer (Mindelheim) und dem Assistenzarzt 2. Cl. Dr Wetzel (Bamberg), beide von der Landwehr 1. Aufgebotes.

Correspondenz.

Wir erhalten folgende Zuschrift:

In der letzten Zeit sind seitens der Amtsärzte eine Reihe von Klagen laut geworden über die Wirksamkeit der von der k. b. Centralimpfanstalt zur Versendung gekommenen Lymphe. Diese Verminderung ihrer Qualität muss von dem derzeitigen Vorstande der genannten Anstalt in dem Umstande erblickt werden, dass die Lymphe in Ermangelung eines brauchbaren Kellers, sowie eines anderen hiezu geeigneten Wohnungs-Raumes, seit dem Ende der ersten Maiwoche in einem Eisschranke aufbewahrt wurde, um sie den schädlichen Einwirkungen der Sommerhitze zu entziehen. Wenn nun die Amtsärzte ihren Klagen theilweise in sehr wenig dienstfreundlicher Weise Ausdruck geben zu müssen glauben, beweisen sie nur, dass sie von den Schwierigkeiten der animalen Impfung keine klare Vorstellung haben. Mit dem unglücklichen Zufalle ist der Vorstand der k. Centralimpfanstalt am Schwersten getroffen; denn das Verderben von etwa 80,000 Lymphe-Portionen bedeutet für ihn eine weitere Steigerung der ohnedies nahezu erdrückenden Arbeitslast.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Graser, Untersuchungen über die feineren Vorgänge bei der Verwachsung peritonealer Blätter. S.-A.: D. Zeitschr. f. Chir.

Ahlfeld, F, Die Verhütung der infectiösen Augenerkrankungen in der ersten Lebenswoche. S.-A.: Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gynäkologie. Bd. XIV. H. 2

— — In wie weit ist das Fruchtwasser ein Nahrungsmittel für die Frucht? S.-A.: Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gyn. Bd. XIV. H. 2.

— — Abwartende Methode oder Credé'scher Handgriff? Leipzig 1888. 1 M.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.